Bibliothèque Médicale
Charcot-Debove

Dr L. Beurnier

Les Varices

Hl *2.60

R39729

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

FONDÉE PAR MM.

J.-M. CHARCOT ET G.-M. DEBOVE

DIRIGÉE PAR M.

G.-M. DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE CHARCOT-DEBOVE

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION :

V. HANOT. La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. OEBOVE et **COURTOIS-SUFFIT.** Traitement des Pleurésies purulentes.
J. COMBY. Le Rachitisme.
CH. TALAMON. Appendicite et Périty-phlite.
G.-M. OEBOVE et **RÉMOND** (de Metz). — Lavage de l'estomac.
J. SEGLAS. Des troubles du langage chez les aliénés.
A. SALLARO. Les Amygdalites aiguës.
L. OREYFUS-BRISAC et **I. BRUHL.** Phtisie aiguë.
P. SOLLIER. Les Troubles de la mémoire.
OE SINETY. De La Stérilité chez la femme et de son traitement.
G.-M. OEBOVE et **J. RENAULT.** Ulcère de l'estomac.
G. OAREMBERG. Traitement de la phtisie pulmonaire, 2 vol.
CH. LUZET. La Chlorose.
E. MOSNY Broncho-Pneumonie.
A. MATHIEU. Neurasthénie.
N. GAMALEIA. Les Poisons bactériens.
H. BOURGES. La Diphtérie.
PAUL BLOCQ. Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. YVON. Notions de pharmacie nécessaires au médecin, 2 vol.
L. GALLIARD. Le Pneumothorax.
E. TROUESSART. La Thérapeutique antiseptique.
JUHEL-RÉNOY. Traitement de la fièvre typhoïde.
J. GASSER. Les causes de la fièvre typhoïde.
G. PATEIN. Les Purgatifs.
A. AUVARD et **E. CAUBET.** Anesthésie chirurgicale et obstétricale.
L. CATRIN. Le Paludisme chronique.
LABAOIE-LAGRAVE. Pathogénie et traitement des Néphrites et du mal de Bright.
E. OZENNE. Les Hémorroïdes.
PIERRE JANET. Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux.
H. LUC. Les Névropathies laryngées.
R. OU CASTEL. Tuberculoses cutanées.
J. COMBY. Les Oreillons.
CHAMBARD. Les Morphinomanes.
J. ARNOULO. La Désinfection publique.
ACHALME Erysipèle.
P. BOULLOCHE. Les Angines a fausses membranes.
E. LECORCHÉ. Traitement du diabète sucré.
BARBIER. La Rougeole.
M. BOULAY. Pneumonie lobaire aiguë, 2 vol.
A. SALLARO. Hypertrophie des amygdales.
H. RICHAROIÈRE. La Coqueluche.
G. ANORE. Hypertrophie du cœur.
E. BARIÉ. Bruits de souffle et bruits de galop.
L. GALLIARO. Le Choléra.
POLIN et **LABIT.** Hygiène alimentaire.
BOIFFIN. Tumeurs fibreuses de l'utérus.
P. JANET. Etat mental des hystériques. Accidents mentaux.
E. RONDOT. Le Régime lacté.
MÉNARO. La Coxalgie tuberculeuse.
F. VERCHÈRE. La Blennorrhagie chez la femme, 2 vol.
F. LEGUEU. Chirurgie du rein et de l'uretère.
P. DE MOLÈNES. Traitement des affections de la peau, 2 vol.
CH. MONOO et **F. JAYLE.** Cancer du sein.
P. MAUCLAIRE. Ostéomyélites de la croissance.
R. BLACHE. Clinique et thérapeutique infantiles, 2 vol.
A. REVERDIN. Antisepsie et asepsie chirurgicales.
L. BEURNIER. Les Varices.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT :

LEGRAIN. Microscopie clinique.
H. GILLET. Rythmes des bruits du cœur (physiologie et pathologie).
G. MARTIN. Myopie, Hyperopie, Astigmatisme.
GUERMONPREZ et **BÈGUE.** Actinomycose.
A. ROBIN. Ruptures du cœur.
G. ANORÉ. L'Insuffisance mitrale.
A. MARTHA. Des endocardites aiguës.
DE GRANOMAISON. La Variole.
P. ACHALME. Immunité
P. RODET et **C. PAUL.** Traitement du lymphatisme.
A. COURTADE. Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille.
J. COMBY. L'Empyème pulsatile.
P. BONNIER. Les Vertiges.
J-B OUPLAIX. Des Anévrysmes.
FERRANO. Le langage, la parole et les aphasies.
LECORCHÉ. Traitement de la goutte.
J. ARNOULD. La stérilisation alimentaire.
E. PÉRIER. Hygiène alimentaire des enfants.
J. GAREL. Rhinoscopie.

Chaque volume se vend séparément. Relié : **3 fr. 50.**

LES VARICES

PAR

Le Dr Louis BEURNIER

Ex-chef de clinique à la Faculté.

PARIS

RUFFF ET Cie ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

Tous droits réservés.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21927893

LES VARICES

DÉFINITION ET LIMITATION DU SUJET

Rien n'est plus difficile, on le sait, que de donner une définition exacte, claire et suffisamment compréhensive. Cette difficulté, qui se manifeste pour chaque sujet, est peut-être plus évidente encore à propos des varices. On a compris, en effet, sous cette dénomination des phénomènes pathologiques qui, analogues par leurs manifestations cliniques, sont différents au point de vue de leur nature et de leur pathogénie. Quel rapport, en effet, peuvent avoir à ce point de vue les varices des membres inférieurs, les hémorrhoïdes et les varices du col de la vessie? L'usage veut néanmoins qu'on les décrive sous le même nom; aussi ne pouvons-nous nous soustraire à ces mœurs et sommes-nous obligé de comprendre dans ce traité ces divers aspects cliniques, nous réservant, bien entendu, de bien indiquer les différences essentielles, capitales, qui existent entre eux.

Reprenant les définitions données par les anciens auteurs et en faisant, pour ainsi dire, la synthèse, nous sommes amené à dire que les varices, d'une

façon générale, sont la dilatation permanente et pathologique des veines. C'est cette définition que M. Schwartz reproduit dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et il fait remarquer de suite qu'elle écarte du cadre de la description les dilatations veineuses passagères pouvant survenir sous l'influence de la compression d'un gros tronc veineux par une tumeur, alors que la structure de la veine reste normale. Néanmoins, dit-il, si la compression se prolonge, si l'obstacle n'est pas levé, la dilatation simple peut devenir permanente et morbide, et nous aurons alors à faire à de véritables varices.

On voit par ces quelques mots combien la question dès l'abord présente de difficultés. A quel moment une dilatation veineuse simple devient-elle une véritable varice et à quelle minute peut-on changer la dénomination? Cette question, qui est parfaitement nette aujourd'hui au point de vue anatomo-pathologique, ainsi que nous le verrons, est loin de pouvoir être résolue aussi facilement par la clinique. C'est ce qui nous fait comprendre pourquoi on a ainsi englobé sous le nom de varices tant d'éléments si disparates. Nous essayerons de distinguer dans ce chaos ce qui constitue la vraie varice et comment elle doit être envisagée. Il me semble qu'il serait absolument superflu de faire un long chapitre historique général sur les varices. En effet, les travaux ayant porté sur cette affection se rattachent les uns à la pathogénie, d'autres à l'étiologie, d'autres au traitement; nous ne ferions donc ici qu'un chapitre touffu, que nous serions obligé de reprendre en partie en tête de chacune des parties de ce traité. Aussi croyons-nous

mieux faire en divisant notre partie historique et en mettant et discutant chaque ouvrage à la place qui lui convient.

Les varices peuvent avoir leur siège sur toutes les veines, sur celles du tronc, de la tête et des membres. Elles sont relativement rares sur les parties du corps autres que les membres inférieurs, et Nélaton nous donne l'indication des principaux cas signalés dans la science à ce propos. Morgagni, dit-il, fait observer que les veines jugulaires sont quelquefois très distendues et offrent même des pulsations qui peuvent simuler un anévrysme. Il a pareillement vu la veine azygos égaler en volume la veine cave et sa rupture causer la mort d'une femme phtisique. S. Cooper mentionne, d'après Cline, un cas de dilatation de la veine jugulaire interne qui, s'étant rompue, donna lieu à une hémorragie mortelle. Haller, cité par Portal, dans son *Anatomie médicale* (t. III, p. 348), parle, dans sa *Physiologie*, d'un homme qui périt par la rupture de la veine jugulaire. Baillie, Alibert et beaucoup d'autres médecins ont rencontré des varices au crâne et à la face. Amussat en a opéré une avec succès sur la terminaison de la faciale. Les varicosités du nez, des paupières et, chez les vieillards, celles de la conjonctive sont loin d'être rares. Une des lésions anatomiques de l'amaurose est constituée par l'état variqueux des vaisseaux de l'œil. Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, les veines sous-cutanées ou profondes de la région hypogastrique présentent quelquefois une distension énorme. Marc-Aurèle Séverin a vu à l'hypogastre une tumeur variqueuse qui ressemblait, dit-il, à une tête de méduse.

Boyer a observé un fait de la même catégorie. La

tumeur qui siégeait aussi au bas-ventre était formée par des varices des veines sous-cutanées de la région. « Elle était volumineuse, inégale, noirâtre, mais ne causait aucune incommodité. »

Ajoutons à cela le curieux spécimen que Poulet et Bousquet ont observé chez un jeune soldat sur les parties latérales de la tête, et nous en aurons à peu près fini avec les exceptions.

Citons cependant encore, avec M. Schwartz, les varices sous-muqueuses, soit sublinguales, soit stomacales ou œsophagiennes, etc. Hérard a montré à la Société médicale des hôpitaux un cas de varices de l'œsophage qui avait tué par hémorragie le malade qui en était porteur. L'œsophage, dit l'observation, était couvert à la partie inférieure de varices volumineuses. Des cas analogues ont été rapportés bien avant celui d'Hérard par Lediberder et Fauvel.

La présence des varices doit, ajoute Nélaton, être prise en considération dans les cas de hernie, lorsqu'elles s'étalent du côté de l'aine en se prolongeant en forme de cylindre ou de tumeur jusqu'à l'ombilic. Les veines de la vulve, du vagin, du col de l'utérus peuvent aussi devenir variqueuses. Celles de la vessie, de l'urèthre et de la prostate se trouvent dans le même cas; les recherches de Morgagni, de Chopart et de Bonnet ne laissent pas de doute à cet égard. Enfin, est-il besoin d'ajouter que rien n'est si commun que le développement variqueux des veines du rectum, désignées sous le nom d'hémorrhoïdes, et du cordon testiculaire, connues sous celui de varicocèles?

Les varices du membre supérieur sont assez rares. Cependant, Velpeau a vu deux sujets dont les bras, les avant-bras et les mains étaient criblés de bosselures

variqueuses. Védel parle aussi de varices des membres supérieurs qui donnèrent lieu à des hémorragies sérieuses par la rupture spontanée. Mais l'exemple le plus célèbre de varice du membre supérieur est, sans aucun doute, celui dont J.-L. Petit nous a conservé l'histoire et sur laquelle ce grand chirurgien pratiqua jusqu'à cent cinquante saignées. M. Schwartz a eu l'occasion de voir une jeune fille qui portait des varices symétriques des deux bras, très développées. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur ce point, et nous verrons ce qu'il faut penser de ces varices du membre supérieur.

Mais nous ferons, dès à présent, remarquer que nous n'avons pas à comprendre dans ce livre toutes les variétés de varices que nous venons d'indiquer. Les varices des organes génitaux, par exemple, et celles des organes urinaires se manifestent dans des conditions spéciales, se rattachent le plus souvent à d'autres affections avec lesquelles elles sont décrites et donnent lieu à des symptômes tout particuliers. Les hémorrhoïdes constituent à elles seules une maladie bien déterminée, qui a ses symptômes et ses indications thérapeutiques, ainsi d'ailleurs que le varicocèle. Ces unités pathologiques sont assez importantes pour donner matière chacune à un traité spécial, qui a été ou sera fait dans cette collection. De plus, quand on dit simplement, sans autre qualificatif, qu'un malade est atteint de varices, on veut parler des varices des membres inférieurs, qui sont de beaucoup les plus fréquentes et celles qui ont le plus fixé l'attention des chirurgiens. On peut dire que, si l'anatomie pathologique est identique pour toutes les varices en général, les symptômes et la thérapeutique varient suivant le

siège. C'est aux varices des membres inférieurs que nous devons surtout nous limiter ici, nous réservant de dire incidemment quelle est l'opinion que l'on doit se faire de certaines variétés.

Nous pouvons dire dès à présent, d'ailleurs, que les variétés de varices autres que celles des membres inférieurs coexistent, le plus souvent, avec ces dernières (Voy. l'article Varicocèle par M. Segond et l'article Hémorrhoïde par M. Lannelongue, *in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). Toutefois, Budin, chez les femmes enceintes, a constaté que les hémorrhoïdes peuvent exister d'une façon tout à fait indépendante.

Ainsi, sur 100 femmes qui avaient des varices :

1 avait des varices des membres inférieurs, des organes génitaux et des hémorrhoïdes.

12 avaient des varices des membres inférieurs et des hémorrhoïdes.

31 avaient des varices des deux membres inférieurs.

8 avaient des varices des deux jambes.

35 avaient des varices d'un seul membre.

10 avaient des hémorrhoïdes seules.

ÉTIOLOGIE

Les varices, encore nommées phlébectasie par Alibert et Briquet, sont connues depuis les temps les plus reculés; aussi, comme elles constituent une des affections chirurgicales les plus fréquentes, les pathologistes se sont appliqués depuis la plus haute antiquité à chercher les causes qui peuvent en favoriser le développement.

Comme pour toutes les maladies, nous pouvons

diviser les causes des varices en prédisposantes et déterminantes, et nous suivrons dans cette étude l'ordre établi par M. Schwartz dans son excellent article (1).

La théorie étiologique des varices était fort peu avancée chez les anciens. Avant la découverte de la circulation, dit Follin, on ne pouvait guère avoir à cet égard que des idées humorales. Celse, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Jean-Louis Petit et tous les auteurs qui les ont suivis jusqu'au commencement de notre siècle professaient à l'égard des varices des théories humorales plus ou moins variées, et il est curieux de citer les paroles d'A. Paré à ce sujet dans son immortel traité : « Varice est une dilatation des veines, quelquefois d'un simple rameau, quelquefois de plusieurs... La matière est un long mélancholique; les varices s'engendrent aux personnes qui sont mélancholiques et qui se nourrissent de viandes qui sont mélancholiques. Les femmes grosses en sont communément esprises, etc..., à cause du sang mélancholique qui, retenu pendant leur grossesse, fait que les veines se dilatent et viennent variqueuses, pour la grande multitude du sang, etc... » (Édition Malgaigne, t. II, p. 268).

Après la découverte de la circulation, les causes alléguées sont physiques, physiologiques ou anatomiques.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

1° *Influence des constitutions.* — Les auteurs du

(1) Schwartz, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, article Veines.

Compendium de chirurgie remarquent, à la suite des anciens, que les individus à constitution brune, sèche, désignés autrefois sous le nom de tempéraments bilieux, y seraient spécialement prédisposés, quoique l'on trouve aussi des variqueux à peau molle, flasque, blonds, à tempérament lymphatique. Les individus grands, bien musclés, à large hématose, sont assez souvent affectés de varices.

Nous pouvons donc dire, avec M. Schwartz, qu'il semble que les constitutions les plus disparates soient atteintes, et cela même nous montre qu'il y a, à côté d'elles, des influences bien plus importantes et qui les dominent.

L'influence de certains états diathésiques peut être rapprochée de celle des constitutions. D'après Moreau les arthritiques, d'après Verneuil les goutteux seraient plus exposés aux varices que ceux qui sont exempts de ces diathèses. Il nous paraît indiscutable, ainsi que le dit M. Schwartz, que très souvent les variqueux, quel que soit d'ailleurs le siège régional des dilatations veineuses, sont entachés de ces deux états constitutionnels, arthritisme ou herpétisme, à la faveur desquels se développent un certain nombre de lésions toutes rattachées les unes aux autres par un lien commun d'origine (1).

(1) Th. Moreau, 1877. Sur 118 malades variqueux, l'auteur en trouve :

Ayant eu des manifestations articulaires	53
Issus de parents arthritiques	24
Ayant eu de la sciatique, des migraines, de la chorée	6
Cancéreux	1
Syphilitiques	5
Dartreux	6
Issus de parents variqueux et sans antécédents	12

2° *Age.* — Chez l'enfant, tout le monde s'accorde à le reconnaître, les varices sont très rares. Celles qui existent sont ordinairement congénitales.

Baiardi (de Pavie), cité par L. Petit, rapporte avoir vu un enfant du sexe féminin qui, dès les premiers jours de la naissance, avait une dilatation des veines du pli du coude droit. Ces veines augmentèrent de volume avec l'âge; jusque vers dix ans, elles restèrent localisées au coude; à partir de ce moment, elles s'étendirent peu à peu à tout le bras.

Girard rapporte un autre cas d'une petite fille de douze ans, vue à l'hôpital de Lyon et qui avait le bras gauche tout tortueux par le nombre et le volume des varices qui existaient sur toute l'étendue du membre. L'original de cette observation se trouve dans Cartier (*Précis d'observations de chirurgie;* Lyon, 1802, p. 134).

Petit dit avoir observé en 1870, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille de quinze ans, atteinte de varices de l'un des bras, et Chrysaphis lui a communiqué l'observation d'une jeune fille de vingt ans atteinte de varices congénitales du membre supérieur gauche (1).

Il est bien remarquable, dit M. Quénu (2), que la plupart des observations de varices congénitales soient relatives à des varices du membre supérieur et soient, en général, unilatérales, comme si la cause portait uniquement sur un des gros troncs veineux qui se jettent dans la veine cave supérieure (3).

Les varices sont moins rares chez les adolescents

(1) Ces cas sont tirés du *Dict. de méd. et de chir. pratiques.*
(2) *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus,* t. II.
(3) Th. Fournial, 1879. — Petit, *Union médicale,* 1880. — Voituriez. *Journ. des sc. méd. de Lille,* 1887.

que chez les enfants et on en rencontre à divers degrés dans les conseils de revision (1).

L'âge auquel la phlébectasie arrive le plus fréquemment serait, d'après Briquet, de trente à quarante ans; elle apparaîtrait assez souvent chez les femmes au moment de la ménopause. Je cite le cas (*Arch. de méd.*, 1re série, t. VII, 1825) d'une jeune fille de dix-neuf ans, menstruée à quinze ans, chez laquelle les règles cessèrent; il se fit alors un développement excessivement marqué de varices sur les deux membres inférieurs.

Chez les vieillards, d'après la plupart des auteurs, on ne verrait plus survenir de varices; et, si l'on rencontre parmi eux un grand nombre de variqueux, cela tient à ce que cette affection existe chez eux depuis longtemps déjà. Elles ont pris une extension considérable, surtout si le traitement palliatif n'a pas été mis en usage.

Mais cette opinion n'est pas générale. Vidal de Cunis (2) est d'un avis contraire, et il semblerait résulter des statistiques de Delaharpe et de Sistach que, loin de s'arrêter à quarante ans, le nombre des variqueux s'accroît de plus en plus à partir de cet âge (3).

3° *Sexe.* — Ici encore, nous trouvons des opinions différentes. D'après Briquet, la proportion des varices

(1) Poulet et Bousquet, t. I.

(2) Vidal, *Traité d'anat. chirurgicale*, 1838.

(3) Delaharpe. *Quelques mots sur les causes probables des varices chez l'homme.* Zurich, 1855.

Sistach, *Gaz. méd.*, 1863. Cet auteur examine 917 civils; il trouve sur :

82 âgés de dix à vingt ans.....	0 variqueu
274 âgés de trente à quarante ans.....	4 variqueux
456 âgés de trente à quarante ans.....	21 variqueux
105 au-dessus de quarante ans.....	7 variqueux

serait trois fois plus forte chez l'homme que chez la femme. Sur 258 hommes, il a trouvé 71 variqueux, tandis que, sur 483 femmes, il n'en a observé que 42. Pour d'autres, les hommes seraient atteints un peu plus fréquemment que les femmes, mais sans que la proportion soit beaucoup plus considérable. En tout cas, ce qu'on peut dire, c'est que c'est surtout dans les professions fatigantes exercées par les hommes qu'il semble qu'il faille chercher la cause de la prédominance.

4° *Professions.* — On ne peut nier que les professions sont certainement une des principales conditions de la production des varices. Les professions pénibles nécessitant une station debout prolongée en exposant au froid ou à l'humidité, surtout si les membres inférieurs sont en butte aux températures variables et au froid (égoutiers), paraissent tout particulièrement prédisposées aux varices. Avicenne signalait déjà la fréquence de cette affection chez les serviteurs des rois et Dupuytren chez les cochers, les laquais, les compositeurs d'imprimerie, les cuisiniers, les portefaix, les débardeurs, les ouvriers des ports, les blanchisseuses, les briquetiers, les mineurs et les cultivateurs. On a encore incriminé, notamment chez les fondeurs-verriers, l'exposition à la grande chaleur coïncidant avec la station debout.

Charvot ajoute à ces différentes professions le métier militaire. Il n'est pas rare, dit-il, de voir des hommes, non variqueux au moment de l'incorporation, présenter des varices considérables après six mois ou un an de séjour à l'armée. L'auteur pense que l'habillement du soldat n'est pas étranger à ce fait;

le ceinturon, en comprimant le ventre, les courroies en étreignant les épaules, l'attitude imposée par la charge à porter, tout cela déterminerait une sorte de pléthore abdominale pouvant retentir sur la circulation des membres inférieurs. Charcot a soin d'ajouter que la station debout est également incriminable (note du travail de M. Quénu).

5° *Hérédité.* — Briquet et ses devanciers auraient déjà mis en lumière l'influence de l'hérédité, qui est aujourd'hui admise par tous les observateurs. Ce rôle de l'hérédité serait à lui seul, dit M. Quénu, un argument sérieux en faveur de l'influence constitutionnelle. En tout cas, il n'est pas douteux, et maintes et maintes fois, ajoute M. Schwartz, nous l'avons constaté en interrogeant les malades, que les variqueux ont très souvent des variqueux dans leurs ascendants.

6° *Grossesse.* — C'est là une des causes prédisposantes les plus fréquentes des varices chez la femme ; nous nous réservons, d'ailleurs, de revenir plus loin sur leur véritable nature dans ce cas. Lesguillon, Cazin, Budin, sont d'accord sur cette fréquence; mais ils n'admettent pas la même proportion : Lesguillon, en effet, admet celle de 1/20, de même que Cazin, tandis que Budin a trouvé un nombre beaucoup plus fort : 1/3. Si nous examinons de près sa statistique, nous voyons qu'il a rencontré les varices 100 fois sur 300 femmes examinées : 22, 5 0/0 des femmes variqueuses étaient des primipares, 44, 50/0 des multipares. Il explique de la façon suivante ses divergences avec les auteurs précédents : Lesguillon n'aurait pas compté dans sa statistique les femmes atteintes de varices légères; quant à Cazin, il a observé dans un milieu spécial qui n'est pas le milieu hospitalier parisien.

Delpech aussi fait une remarque que contredisent les observations de Budin. Le premier admet que les varices s'observent souvent chez les femmes grosses, mais toujours à un âge avancé; il pense, au contraire, qu'il est rare qu'elles se manifestent chez de jeunes femmes, même pendant le cours de grossesses successives. Budin s'inscrit en faux contre cette assertion; se basant sur ses recherches personnelles, il affirme que c'est de vingt-deux à vingt-trois ans que se trouve le chiffre le plus considérable de femmes grosses atteintes de varices, et on les rencontre dès l'âge de dix-neuf ans.

Le nombre des grossesses influe d'une façon notable. Les varices sont fréquentes chez les multipares. Parmi les 300 femmes examinées par Budin, 152 étaient primipares, 148 multipares. Parmi les 152 primipares, 34 avaient des varices, 118 n'en avaient pas. Parmi les 148 multipares, 66 avaient des varices, 82 n'en présentaient pas. On trouve donc deux fois plus souvent des varices chez les multipares que chez les primipares.

La direction de l'utérus ne semble pas avoir d'action sur l'apparition des varices; 76 fois sur 100, d'après Dubois et Pajot, l'utérus est incliné à droite; dans les cas où les varices n'existaient que d'un seul côté, Budin les a rencontrées 18 fois à droite et 17 fois à gauche. C'est encore là un argument contre l'action considérable attribuée à la compression par certains auteurs (1).

(1) Ces derniers paragraphes sont extraits du travail de M. Schwartz. Pour les varices de la grossesse, consulter en plus : Lesguillon, Thèse de Paris, 1869; Richard, Thèse, 1857; Mémoire de Cazin pour le prix Capuron, 1879; Budin, Thèse d'agrégation, 1880.

PATHOGÉNIE

Sans nous arrêter à la théorie d'Ambroise Paré, qui mettait le développement des varices sur le compte d'une altération humorale, « d'un sang mélancholique », nous nous trouvons, pour entrer de suite dans le cœur de notre sujet, en présence de deux théories qui se sont disputé depuis longtemps la prépondérance et ont eu chacune à son tour la priorité, suivant les doctrines médico-chirurgicales régnantes : l'une mécanique, qui cherche les causes des varices dans les conditions locales de la circulation ; l'autre anatomo-pathologique où, à partir de Briquet, on accorde une importance de plus en plus grande à l'état anatomique des parois veineuses.

1° *Théorie mécanique.*

Au début de cette étude, nous devons dire que des lésions physiques ont pu, par un mécanisme encore plus clair, déterminer la production des varices. Dans sa thèse sur la contusion, Velpeau rapporte un exemple remarquable de varice ainsi produite.

Mais dans cette théorie mécanique c'est aux conditions spéciales de la circulation veineuse dans le membre inférieur qu'on rapporte d'une manière générale la pathogénie des varices, et nous croyons absolument utile d'indiquer ici, dans un court chapitre de physiologie pathologique, de quelle manière ce courant sanguin circule dans les veines saphènes.

Le premier détail anatomique qui frappe dans

l'examen des veines du membre inférieure est l'existence de petits replis appelés valvules. Dans les saphènes et les veines profondes, elles sont, bien entendu, disposées de façon à permettre la marche du sang vers le cœur; mais comment sont orientées celles des veines anastomotiques? Houzé de l'Aulnoit et Sappey ont admis que, dans toutes les anastomoses directes de la saphène interne, le sang pouvait refluer des veines profondes vers les veines superficielles. Les recherches de Braun (*Arch. für Anatom.*, 1871-1872) montrent que la veine fémorale est le seul tronc par lequel arrive au cœur le sang du membre inférieur; les veines collatérales, et spécialement les veines saphènes, ne peuvent la suppléer, parce que les valvules sont disposées de telle façon que le courant marche vers les veines profondes. En un mot, toutes les valvules des veines superficielles et profondes regardent vers la veine fémorale. Dans un travail plus récent, Klotz a étudié à fond la question des valvules veineuses; il a montré, ce qui est très important pour nous, que le nombre des valvules capables de fonctionner diminue avec l'âge, déjà à partir de vingt-cinq ans. Les valvules se retrouvent jusque dans les veinules d'un millimètre, mais peu nombreuses. Les valvules des saphènes sont situées ordinairement en amont de l'embouchure de l'affluent, qui lui-même en possède une avant son confluent. Les valvules des veines anastomotiques entre la saphène et les vaisseaux profonds sont, pour la plupart, disposées de manière que le courant soit dirigé de la superficie vers la profondeur. Néanmoins, Klotz admet que certaines valvules permettent un passage inverse et qu'il existe des branches anastomotiques totalement dépourvues

de valvules. Il arrive cependant à une conclusion déjà émise par M. Le Dentu, à savoir : qu'au point de vue pratique les valvules sont disposées de façon à empêcher le sang de rétrograder vers le tronc même des saphènes. Au pied, les valvules permettent le passage des veines profondes dans les superficielles ; à la jambe, c'est l'inverse qui a lieu. Tous ces auteurs tendent donc à établir que la veine fémorale est le tronc capital, d'une importance presque exclusive au point de vue du retour du sang veineux vers les cavités cardiaques. Ne sait-on, d'ailleurs, les accidents graves, même gangreneux, qui peuvent succéder à une plaie de ce vaisseau ?

Il faut étudier comment la circulation se fait à l'état normal et à l'état pathologique, c'est-à-dire lorsque les valvules de la saphène sont insuffisantes, condition qui a, comme nous le verrons, une grande importance dans la production des varices. M. Charrade a fait dans sa thèse une étude très approfondie de ce sujet d'après les divers auteurs, et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer ici ses paroles, qui sont un excellent résumé des divers travaux parus.

Ainsi, dit-il, que l'établit très bien M. Chrétien dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'éloignement du cœur diminuant la tension du sang dans les dernières artères et, par suite, l'impulsion de la vis à tergo, la pesanteur, surtout dans la station droite, les oscillations alternatives du membre inférieur, grâce à la force centrifuge qu'elles développent ; les muscles comprimant dans leur contraction certaines veines, le nombre considérable des veines, comparé à celui des artères : tels sont les principaux obstacles à la marche du sang veineux

dans le membre abdominal. D'autre part, les causes qui favorisent la circulation en retour sont la vis à tergo, la contraction des muscles du mollet et de la cuisse, peut-être aussi la contraction de la paroi veineuse elle-même, enfin la présence des valvules. C'est la disposition de celles-ci qui nous intéresse plus particulièrement, et cela dans les voies anastomotiques entre les systèmes veineux profond et superficiel. Au pied, les valvules sont orientées de façon à permettre au sang de passer seulement des veines plantaire et pédieuse dans les saphènes. L'inverse se produit, comme l'a indiqué M. Le Dentu, à la jambe et à la cuisse. Sans vouloir insister sur les différentes particularités de la circulation pendant la marche et pendant la station debout, il me suffira de dire que, pendant la première, la tension augmente d'abord dans la saphène interne, grâce au soin qu'elle reçoit du pied, que la tension augmente également et à un plus haut degré dans les veines profondes et la saphène externe.

En effet, continue l'auteur, grâce à la disposition des valvules des branches anastomotiques, aucune goutte du sang contenu dans le mollet ne peut refluer dans la saphène interne. On voit par là que la saphène, lorsqu'elle est insuffisante, joue un rôle très important pour établir l'équilibre de pression entre le contenu des vaisseaux superficiels et des vaisseaux profonds. On pourrait la comparer à un grand canal de sûreté étendu depuis le ligament de Poupart jusqu'à l'extrémité de l'arcade veineuse du pied. C'est donc une voie de suppléance tout à fait accessoire pour la circulation en retour du membre inférieur, et, par suite de la disposition des valvules, la poplitée

et la fémorale constituent les voies capitales de déversement.

Qu'advient-il lorsque les valvules sont forcées dans la saphène interne, ainsi que cela a lieu dans les varices dont nous nous occupons? Il faut savoir que les valvules, ainsi que l'a montré Klotz et que l'indique Trendelenburg, auquel nous empruntons une bonne partie de ses idées (Charrade), les valvules sont forcées non seulement dans le tronc de la saphène, mais dans les voies anastomotiques. Par suite, le reflux sera possible, et les veines d'origine de la saphène, les veines variqueuses au niveau de la partie inférieure de la jambe (siège d'élection des accidents produits par les varices de la saphène) auront à supporter une tension exagérée. En effet, un même point aura à supporter à la fois la pression du sang venu des capillaires du pied et la pression du sang qui reflue de haut en bas dans la saphène interne. Il est facile de démontrer la réalité de ce reflux dans la saphène et de montrer qu'il joue un rôle essentiel dans la réplétion des veines variqueuses. Trendelenburg va jusqu'à dire que le contenu du canal saphénien n'obéit plus qu'aux seules lois de la pesanteur et que le reflux se produit non seulement dans les gros troncs veineux, mais jusque dans les petites veines tributaires de ceux-ci. Il le démontre par une série d'expériences, que, dit M. Charrade, nous avons pu vérifier sur un de nos malades. Voici en quelques mots ces expériences :

Première expérience. — Lorsque le malade est couché horizontalement, les varices de la jambe deviennent immédiatement plus petites et moins tendues ; elles restent toutefois modérément remplies tant qu'elles

ne se trouvent pas au-dessous du niveau du cœur. Mais, si l'on vient à élever la jambe, elles se videront d'autant plus qu'on l'élèvera davantage. Quand on aura atteint la perpendiculaire dans ce mouvement d'élévation, on verra le sang s'écouler avec une grande rapidité et la pression atmosphérique appuyer la peau amincie sur les varices.

Si maintenant, la jambe étant toujours élevée, on amène la moitié supérieure du corps dans l'attitude demi-assise, de façon à ce que le cœur et la veine cave supérieure occupent un niveau plus élevé, la saphène se remplit de nouveau partiellement de sang, et, chez les sujets maigres, on peut nettement voir et sentir que le niveau liquide dans la varice correspond à peu près à celui du cœur. De ces expériences l'auteur conclut que la veine cave, la veine iliaque et la veine saphène se comportent comme un système de vases communicants. Cependant, à côté de la pesanteur atmosphérique, il faut placer l'action de la pression dans la cavité abdominale, action rendue sensible par tous les phénomènes qui font contracter cette paroi (toux, soupirs, etc.). De sorte que, chez le malade courbé, la saphène dilatée forme comme un manomètre relié à la cavité abdominale; manomètre si sensible que même la pression avec le doigt sur le ventre provoquera encore une petite oscillation sur le niveau du liquide dans la saphène.

Et, si le malade vient à présent à se lever brusquement, tout le canal saphénien est rempli de sang avec une rapidité telle qu'il ne peut s'agir que d'un réflexe de la veine cave et de l'iliaque, et non pas seulement d'un afflux sanguin par les capillaires, ainsi que le démontre l'expérience suivante :

Deuxième expérience. — Si l'on fait recoucher le malade, qu'on élève sa jambe jusqu'à la perpendiculaire pour faire remonter tout le sang du territoire de la saphène et si l'on vient à comprimer le tronc de cette veine avec le doigt, on pourra faire recoucher le malade sans que les rameaux afférents de la saphène se remplissent immédiatement. Les varices ne commencent à se remplir progressivement de sang qu'au bout d'une demi-minute ; et, tant qu'on continue la compression sur la veine, la réplétion n'a pas lieu bien vite.

Si on la cesse, au contraire, on voit immédiatement une grande quantité de sang se jeter de haut en bas dans la saphène. Et ce ne sont pas seulement les varices des gros troncs veineux qui sont influencées par ce reflux, mais aussi celles même des plus petites veines à peine visibles de la malléole interne et du dos du pied en tant qu'elles appartiennent au territoire de la saphène, car elles ne sont alimentées que partiellement par la voie normale des capillaires.

D'après ces expériences, on est en droit de conclure (Charrade) qu'il se forme un grand canal ininterrompu allant de la jambe jusqu'au cœur, puisque, d'une part, les valvules de la saphène sont forcées et que, d'autre part, à l'état normal, les veines fémorales, immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, les veines iliaques externe et primitive, enfin la veine cave, sont à peu près toujours dépourvues de valvules. Aussi est-il rationnel d'essayer d'abaisser la pression anormale qui règne dans les veines d'origine de la saphène par la ligature de ce tronc Comment agit la ligature? Il est difficile de le dire d.une façon précise, mais voici l'hypothèse émise par Trendelenburg:

« Le sang qui des capillaires pénètre dans les veinules d'origine de la saphène et dans les varices est porté par les veines communicantes dans une veine profonde. Ce sang ne remplira les varices à l'extrémité inférieure de la saphène que jusqu'à ce que la pression sanguine soit égale dans celle-ci et dans le segment de la veine profonde qui communique avec elle. Dès que la pression devient plus élevée, le sang s'écoule vers la veine profonde. Il est difficile de se représenter comment se fait la circulation avant la ligature; il est certain que les conditions diffèrent suivant que les muscles sont ou ne sont pas contractés. Dans le premier cas, le sang est poussé par la vis à tergo dans les veines profondes encore pourvues de valvules et dans le canal dilaté de la saphène. Quand les muscles sont en activité, l'action aspirante des valvules veineuses entre en jeu, et le torrent sanguin avance plus rapidement dans les veines profondes; les conditions de pression sont plus importantes ici.

« Après la ligature, le sang dans les varices et les veines initiales se trouve à une pression inférieure à celle qui règne dans la veine profonde correspondante, pression qui variera suivant que les valvules les plus voisines seront ouvertes ou fermées. Avant la ligature, ces varices et ces veines initiales supportaient, en outre, le poids de la colonne sanguine de plus d'un mètre de hauteur qui constitue les veines saphène, fémorale, iliatique et cave inférieure.

« On voit clairement que l'influence de la diminution de pression ne peut être que favorable sur les varices et les veines terminales. Avant la ligature, les vaisseaux n'étaient que temporairement délivrés pendant le décubitus de la pression anormale; maintenant, ils le

sont d'une façon définitive; ils sont moins fortement remplis et retrouvent à la longue une partie de l'élasticité qu'ils avaient perdue. » (TRENDELENBURG, *Beitrag. zur Klin. Chir.;* Tubingen, 1890, t. III).

De plus, la circulation veineuse des membres inférieurs se trouve régie par d'autres conditions spéciales. Ce n'est pas seulement le diaphragme et le cœur qui ramènent le sang des extrémités, mais il faut compter encore avec l'influence considérable de la contraction musculaire qui vide un tronçon veineux dans la direction commandée par les valvules. C'est donc à ce moment-là que la colonne sanguine se trouve fragmentée. Si donc l'appareil musculaire était inactif, les valvules n'auraient plus de raison d'être en quelque sorte, elles ne formeraient plus que des diaphragmes flottants dans une colonne liquide dont elles n'interrompraient pas la continuité, ainsi que le dit Marey, qui ajoute que c'est pour cela que, dans les professions où l'on se tient debout sans marcher, les veines se distendent et à la fin deviennent variqueuses. Et nous ajouterons avec M. Quénu que, par suite de la dilatation veineuse, les vasa vasorum subissent les effets de cette hypertension, d'où modification dans les échanges nutritifs et, à la longue, altération des parois veineuses.

Notons encore que les veines du membre inferieur traversent un certain nombre d'anneaux, les uns aponévrotiques, les autres musculaires. C'est ainsi qu'Hérapath a insisté sur l'orifice aponévrotique que franchit la veine saphène interne pour aller se jeter, après avoir formé un coude, dans la veine fémorale ; il en a même, comme l'on sait, proposé le débridement. Les veines profondes de la jambe traversent l'anneau

du soléaire, la saphène externe passe à travers un anneau fibreux du creux du jarret, enfin les veines intra-musculaires elles-mêmes franchissent des anneaux soit fibreux, soit musculaires, qui ne sont pas sans influence sur la marche du sujet.

C'est sur ces derniers surtout qu'a insisté Verneuil dans ses études sur les varices profondes et les hémorrhoïdes.

Enfin, certaines veines vont se jeter dans les troncs principaux, en formant avec eux un angle droit, ce qui ne favorise nullement la progression du courant veineux ; c'est ainsi que les veines spermatiques et utéro-ovariennes viennent se jeter à gauche dans la veine rénale; ce serait là une des raisons de la fréquence du varicocèle gauche. Les deux veines saphènes interne et externe forment toutes deux, quand elles viennent se jeter dans les veines fémorale et poplitée, une sorte de coude qui n'est peut-être pas non plus indifférent dans la formation des dilatations variqueuses si fréquentes de ces vaisseaux.

En terminant, n'oublions pas les causes de compression, invoquées par tous les auteurs, telles que les jarretières, les ceintures, etc., et les causes pathologiques, comme la grossesse, les tumeurs abdominales, qui compriment et oblitèrent entièrement les veines cave et iliaques, comme Baillie et J. Cloquet en ont rapporté des observations.

« Nous n'hésitons pas, dit M. Schwartz, à rapprocher des influences précédemment signalées celle qui consiste dans une sorte d'atonie du système nerveux, telle, chez certaines personnes, que plusieurs territoires veineux deviennent variqueux en même temps. C'est ainsi que le varicocèle, les hémorrhoïdes, les

varices des jambes apparaissent quelquefois simultanément ou à peu d'intervalle chez le même individu. C'est là une disposition qui peut être congénitale ou acquise, mais qui est incontestable.

« Quoi qu'il en soit, il ne faut pas accorder une trop grande importance à ces influences anatomiques qui se reproduisent, en somme, chez tous les individus; mais elles agissent certainement sur la distribution régionale des varices.

« Toutes les causes que nous venons de passer en revue s'associent, en général, sur le même individu, en plus ou moins grand nombre, sans que pour cela il devienne nécessairement variqueux. Il faut quelque chose de plus pour ramener la dilatation permanente et morbide des veines. »

2° *Théorie anatomo-pathologique.*

Le système nerveux a été, depuis bien des années, incriminé dans la pathogénie des varices. Paul Dubois, Barnes (1) le faisaient intervenir pour les varices des femmes enceintes. Lancereaux (2) n'est pas loin de croire que les varices en général « sont subordonnées à l'action du système nerveux et dépendent d'un trouble de l'innervation trophique ». On invoque comme argument ces apparitions précoces de phlébectasies chez les femmes grosses d'un mois à peine, alors qu'on ne peut encore accuser l'utérus d'être une gêne mécanique pour la circulation des veines iliaques.

(1) Cité par Cazin, *Arch. de Tocologie*, t. VII.
(2) Lancereaux. *De l'herpétisme.* C'est la thèse qui a été reprise par Léonardi. Th. de Paris, 1888.

On se base encore sur la coexistence des varices avec différents troubles nerveux, tels que les « névralgies, les migraines, l'hypocondrie ». On cite enfin des exemples de varices survenues à la suite de « sciatiques rebelles (1) ».

Cette action du système nerveux est d'ailleurs très différemment interprétée, et l'opinion la plus plausible paraît être celle de Rienzi : la paralysie des vaso-constricteurs amènerait une hyperémie des parois vasculaires, bientôt suivie de phlébite chronique (Dans certains cas qu'il a observés dans la haute Italie, il rapporte cette paralysie des vaso-moteurs à la pellagre). D'où il résulte que les troubles nerveux produisant la vaso-dilatation auraient une action analogue à celle que l'on attribue aux causes mécaniques.

« Nous sommes tout disposé, dit M. Quénu, à accepter, dans de certaines limites et dans certains cas restreints, l'influence du système nerveux; mais je pense que rien jusqu'ici n'autorise à en faire le point de départ direct de la maladie variqueuse. »

Léonardi rapporte toute sa pathogénie aux réflexes. Ceux-ci auraient leur point de départ tantôt dans la paroi veineuse elle-même, tantôt dans l'utérus gravide, tantôt dans un état neuro-pathologique de l'organisme. Ici prennent place la nervosité, l'hystérie, la folie, la chorée, etc.

Nous savons qu'à l'heure actuelle on place communément côte à côte les altérations variqueuses des veines et l'artério-sclérose, et qu'on les considère comme le résultat d'un trouble trophique général,

(1) Observation de Chrétien dans la thèse de Broca. M. Quénu a observé aussi un fait de ce genre; mais il croit que le plus souvent la sciatique est consécutive.

engendré lui-même par une altération du sang, par une dyscrasie (arthritisme, goutte, alcoolisme, saturnisme, etc.). « C'est un peu, dit M. Quénu, un retour à la théorie humorale. La perversion des actes nutritifs donnerait naissance à des produits irritants, dont l'élimination imparfaite permettrait l'accumulation dans le sang et l'action irritante sur les vaisseaux sanguins. J'accorde, continue-t-il, que la phlébo-sclérose et l'artério-sclérose sont des processus comparables, analogues et souvent réunis, spécialement à partir d'un certain âge, spécialement aussi chez les sujets porteurs d'ulcères. Je crois qu'il convient de mettre au compte d'une phlébo-sclérose diffuse un certain nombre de variqueux, mais qu'on aurait tort de tenir pour artério-scléreux tous les porteurs de varices, alors qu'on voit celles-ci se développer principalement à l'âge adulte, chez de jeunes femmes et des sujets qui n'ont ni sclérose viscérale, ni artères rigides. J'ajoute que bien surprenante serait l'intégrité des membres supérieurs, alors qu'on sait que l'artério-sclérose ne respecte aucun territoire artériel.

Chacune des théories que nous venons d'examiner est très probablement vraie en partie. Et, si l'on a exagéré, à l'importance de la pesanteur, le rôle des orifices fibreux et musculaires que traversent les veines, les inconvénients des liens stricteurs appliqués sur la jambe, il ne faut pas non plus mettre uniquement le développement des varices sur le compte des lésions veineuses (Charrade). Car l'opinion de Briquet prétendant que, par suite de la présence des valvules, la pression n'est pas plus considérable au pied qu'à l'aine est en contradiction bien évidente avec les rares observations de varices aux membres supé-

rieurs, cou, tête, etc. J. Petit n'en avait rassemblé que 7 cas en 1880, et encore la plupart d'origine congénitale. Et, d'ailleurs, la pression ne saurait être égale dans tout un territoire veineux, puisque son inégalité même est la condition capitale de la circulation.

De même, il ne faut pas incriminer uniquement les altérations du système nerveux ou du système artériel. Le plus souvent, plusieurs de ces causes sont associées, la pathogénie est complexe; mais, malgré tout, il est impossible de ne pas admettre avec M. Schwartz que la cause essentielle des varices soit une disposition spéciale du malade qui les porte, disposition souvent héréditaire, se manifestant quelquefois dès la naissance et que l'on pourrait appeler diathèse variqueuse, dépendant peut-être elle-même de l'arthritisme et de l'herpétisme.

Comment ne pas admettre cette disposition lorsqu'on voit le nombre considérable d'individus qui, soumis à l'une ou plusieurs des causes énoncées plus haut, ne deviennent nullement variqueux.

« En résumé, dit M. Schwartz, nous pensons que la plupart des variqueux le sont par une prédisposition souvent héréditaire, mais qui pourra aussi être créée de toutes pièces du moment que des causes nombreuses et à action continue agiront sur le système veineux. »

Comme combinaison générale à cette pathogénie si discutée et, nous devons le dire, si complexe, nous dirons, avec M. Quénu, « qu'il est bon, dans la pathogénie des varices, de se montrer éclectique et que la seule formule générale qu'on puisse émettre est la suivante : toutes les conditions susceptibles de déterminer une modification de structure dans la paroi veineuse,

soit directement, soit indirectement, sont des causes possibles de varices; les unes, telles que la phlébosclérose diffuse, sont générales; les autres agissent localement, soit d'une façon indirecte (causes mécaniques : troubles nerveux), soit d'une façon directe; c'est directement, par exemple, que les varices apparaissent dans une région où s'est développée une phlébite. Telles sont celles qu'on a vues (Lagrange, *Progrès médical*, 1881) se manifester à l'hypogastre, à la suite de la fièvre typhoïde, telles sont celles encore qu'on observe non exceptionnellement comme une complication tardive de la *phlegmatia alba dolens* et que l'on considérait faussement comme un effet mécanique d'obstruction veineuse. La plupart du temps, l'étiologie est complexe, et c'est parce que dans un territoire veineux se trouvent réunies la plupart des causes que nous avons énumérées que là se développe l'affection variqueuse.

Nous trouvons, par exemple, cette réunion de causes dans les membres inférieurs fracturés, où des thromboses veineuses se sont produites, où des nerfs ont été contusionnés ou déchirés, etc.

L'influence prépondérante de la contraction veineuse du membre inférieur nous rend bien compte du siège primitif des varices dans les veines musculaires. Il est clair que ce trouble grave dans la circulation des veines musculaires doit à la longue retentir sur la circulation des veines superficielles et qu'à plus ou moins longue échéance tout le système veineux du membre est condamné à la phlébite chronique. C'est ainsi que, plus ou moins tardivement, après les muscles et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, la peau se trouve envahie et sillonnée de veinosités, que les

veines des nerfs s'ectasient et deviennent une cause d'inflammation chronique pour le tronc dans l'épaisseur duquel elles cheminent.

A cette période, le terrain est préparé pour toutes les altérations trophiques. L'œdème existe de par la gêne circulatoire et de par les troubles d'innervation. Ces causes réunies sont déjà une raison suffisante pour engendrer l'induration éléphantiasique et les éruptions eczémateuses qu'on observe si fréquemment. Qu'il s'y joigne, par surplus, un mauvais état du système artériel, et l'ulcère variqueux apparaîtra sous le moindre prétexte.

Ce n'est pas tout encore. A son tour, l'ulcère est une nouvelle cause de désordres; il est un danger permanent pour le système lymphatique, dont il engorge les glandes, ajoutant un nouvel obstacle à la circulation en retour; à son voisinage, les nerfs et les artères se sclérosent, les muscles s'atrophient, les os sont le siège d'ostéites productives. A ce degré extrême d'altération, le membre, informe et couvert de cicatrices squameuses ou de plaques d'eczéma, n'est plus composé, pour ainsi dire, que d'une gangue scléreuse, où sont enfouis et immobilisés tous les organes plus ou moins dégénérés. En résumé, dans le processus variqueux, la lésion veineuse, conséquence de conditions étiologiques diverses, ouvre la marche, en s'associant ou non, dès le début, à des lésions artérielles. Elle suffit à elle seule pour provoquer divers troubles circulatoires, tels que la stase, l'œdème, etc.

A un moment donné, l'intégrité anatomique ou physiologique des nerfs périphériques cesse d'exister; alors, les troubles trophiques deviennent prédominants et vont jusqu'à l'ulcère, surtout si les artères

sont malades, soit primitivement, soit secondairement.

A son tour, l'ulcère porte à son maximum la dystrophie du membre qui en est le siège, en ne laissant intacts aucun des tissus et aucun des organes du voisinage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Forme. — On peut diviser les varices, dit Follin (t. II, p. 540), eu égard à la forme qu'elles affectent, en cylindroïdes ou non circonscrites et en ampullaires ou circonscrites. Les premières peuvent être rectilignes ou serpentines (varices des membres inférieurs, varices du cordon spermatique). Groupées entre elles, les varices serpentines forment parfois une masse veineuse, qui porte le nom de tumeur variqueuse « et dont l'aspect hideux rappelle, dit-on, la tête de Méduse » (varices sous-cutanées de la jambe et surtout de l'abdomen).

Les varices circonscrites ou ampullaires peuvent être circonférentielles, c'est-à-dire que la dilatation occupe toute la circonférence du vaisseau, ou latérales, un des points seulement de la circonférence étant dilaté ; il y a alors un véritable « sac à collet, dont l'orifice est plus ou moins rétréci » (Follin) ; « la varice ampullaire latérale est, pour ainsi dire, une sorte de poche surajoutée à la veine, communiquant avec celle-ci par un orifice plus ou moins large, qui peut même disparaître complètement, de sorte que l'on aurait alors sous les yeux une tumeur kystique isolée de la cavité veineuse. » (Schwartz). De ce

genre sont quelques varices de l'extrémité inférieure du rectum. Quelquefois, enfin, l'ampoule veineuse est subdivisée en plusieurs cellules séparées par des cloisons (varices à compartiments ou multiloculaires).

Presque toujours (Schwartz), les varices ampullaires et cylindriques sont combinées ; lorsqu'on examine les veines superficielles d'un membre variqueux, on trouve le plus souvent des cordons veineux plus ou moins dilatés, rectilignes, mais plus fréquemment serpentins, parsemés, de distance en distance, de renflements qui ne sont autres que les ampoules déjà indiquées. C'est surtout sur le trajet de la saphène interne, en dedans et au-dessus du genou, que l'on trouve les tumeurs variqueuses formées par de véritables serpentins entrelacés ; c'est encore au niveau de la face interne de la jambe au niveau des malléoles. Ces tumeurs sont plus ou moins volumineuses, comme aussi les ampoules. Il est remarquable de voir jusqu'où peut aller la dilatation chez certains individus depuis longtemps affectés de varices. Fabrice de Hilden rapporte le cas d'un homme atteint d'ulcère de la jambe et d'une monstrueuse varice commençant au jarret et descendant vers le pied ; elle était formée par deux circonvolutions ; quand on élevait la jambe, elle diminuait ; elle réaugmentait quand on l'abaissait et le sang quittait ou envahissait la poche comme un liquide se jette dans un vase d'un bout à l'autre quand on l'élève et qu'on l'incline alternativement. Fabrice de Hilden mit l'énorme veine à nu, lia au-dessus et au-dessous de la dilatation, ouvrit le sac et le vida du sang contenu.

Nélaton, Follin et leurs successeurs étudièrent successivement, dans l'anatomie pathologique des

varices, l'état des veines, l'état du sang contenu et l'état des parties voisines.

État des veines. — Briquet admet au processus variqueux trois stades ou degrés.

Dans un premier degré, dit Follin, qu'on peut appeler de dilatation, les veines sont dilatées seulement, sans déformation ni altération de leurs parois (varices non circonscrites, cylindroïdes). Les veines ainsi dilatées sont encore susceptibles de revenir sur elles-mêmes, ainsi qu'on le voit après l'accouchement ou après l'ablation d'une tumeur dont la présence avait entraîné la dilatation variqueuse de veines voisines. Cette opinion de Follin, nous devons l'avouer, ne nous paraît pas absolument conforme à celle de Briquet, et il semble confondre la dilatation veineuse simple avec la varice vraie. Briquet dit simplement que la veine n'est qu'élargie, qu'elle n'est pas sinueuse et que ses parois ont une épaisseur proportionnée à son calibre ; mais, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Quénu, il ne dit nullement que, dans ce premier degré, les veines ont conservé leur structure normale ; il remarque, au contraire, que « le tissu des veines paraît plus condensé et plus sec ».

Le deuxième degré consiste en une dilatation uniforme avec épaississement des parois, qui sont dures, solides et analogues à celles des artères. Le calibre du vaisseau est augmenté, mais sa forme reste cylindrique ; l'épaisseur des parois est, par contre, augmentée et, comme l'hypertrophie porte à la fois et sur la longueur et sur l'épaisseur, il y a allongement des veines. Celles-ci (Schwartz), obligées par leurs connexions de se maintenir dans une même région, se replient alors sur elles-mêmes, deviennent tortueuses et serpentines.

J.-L. Petit, dans son traité, décrit déjà très bien le mécanisme de la formation des pelotons variqueux, qu'il compare aux circonvolutions intestinales.

A la coupe, la veine reste béante et sa surface intérieure est sillonnée de rides longitudinales régulières, très nombreuses et très prononcées. Briquet indique comme cause de ces rides l'hypertrophie de la tunique moyenne. Pour Cruveilhier, la tunique interne serait intacte ; il ne l'a jamais vue « ni érodée ni rompue ; dans quelques cas, elle est épaissie, parfois ramollie et friable ». Ainsi altérée, la veine variqueuse, par sa béance, donne lieu, lors de sa blessure ou de sa rupture, à des hémorragies très redoutables.

Enfin, dans le troisième degré, on observe une altération des parois et des renflements partiels, dus à une inégalité d'épaisseur de la tunique veineuse dans ses différents points. Les parois veineuses cessent d'avoir une épaisseur uniforme, elles s'amincissent en certains points, ce qui amène des dilatations fusiformes ou globuleuses. La membrane moyenne, surtout atteinte, est très mince en certains endroits, tandis que, dans d'autres, elle est, au contraire, épaissie ; de là ces dilatations partielles, que nous venons de signaler et qui, en se surajoutant, augmentent la longueur du faisceau et le rendent flexueux, alors même qu'il l'était déjà par suite de lésions précédemment décrites et répondant au deuxième degré.

« Les renflements partiels se présentent comme des sortes d'anévrysmes veineux. » (Schwartz). Ils ne se produisent pas, en effet, aux dépens de toute la circonférence du vaisseau, mais sur le côté antérieur ou l'un des côtés latéraux en rapport avec le tissu cellulaire et la peau, qui cèdent et s'élargissent en

formant une poche arrondie, plus ou moins volumineuse (*Compendium de chirurgie*); c'est surtout sur les branches de la saphène interne, au-dessous du genou, que l'on rencontre ces sortes de dilatations.

En même temps, les valvules subissent d'importantes modifications. Elles sont déformées ou en partie détruites et deviennent insuffisantes. Elles s'allongent, leurs bords se renversent, puis elles finissent par se déchirer, et il ne reste plus enfin que le bord valvulaire qui proémine dans l'intérieur sous forme d'une petite bride transversale qui ne peut plus avoir aucune action sur la circulation sanguine, si tant est qu'elle se fasse encore (Schwartz), ainsi que nous le verrons en étudiant l'état du sang.

Élargissement simple, épaississement égal, épaississement inégal et déformation, tels sont les termes au moyen desquels on pourrait résumer les étapes par où passent les veines variqueuses (Quénu).

Les détails d'anatomie pathologique que nous venons de donner étaient ceux qui avaient cours dans la science depuis Briquet et s'appliquaient exclusivement, d'après lui, aux varices superficielles ou sous-cutanées, car on n'admettait pas la dilatation variqueuse des veines profondes sous-aponévrotiques et intra-musculaires. On ne faisait donc guère que répéter depuis trente ans ce qu'avait dit Briquet, quand Verneuil vint jeter un jour tout nouveau sur la question en divulguant des faits d'anatomie pathologique assez imprévus.

On avait, en effet, admis jusqu'à lui, ainsi que nous venons de le dire, la fréquence extrême des varices sous-cutanées et l'extrême rareté des varices sous-aponévrotiques. On croyait (Follin) que, quand

les veines profondes étaient variqueuses, c'était consécutivement aux superficielles, et par propagation. Or, c'est le contraire qui est la vérité; car, si l'on trouve toujours des varices profondes quand il en existe de superficielles, il peut exister aussi des varices profondes sans qu'il y en ait de superficielles; de là, on peut conclure (Follin) que la phlébectasie ne débute pas par les vaisseaux sous-cutanés.

Déjà, il est vrai, Briquet avait fait remarquer dans sa thèse « qu'à l'endroit où la phlébectasie est le plus prononcée il y a des communications très larges avec les veines profondes, qui sont larges à l'endroit d'où part la branche anastomotique, mais qui reprennent leur calibre. Or, les recherches de Verneuil, relatées par Follin (*Traité de pathologie externe*, t. II, p. 543), ont montré que ce fait est général ». Il a vu, dans un cas où quelques vaisseaux seulement de deuxième et de troisième ordre étaient un peu dilatés et serpentins, une branche perforante très dilatée, partie de l'anse serpentine, déboucher dans une branche musculaire du vaste externe du triceps, qui était elle-même fort dilatée et toute bosselée dans un trajet au milieu des fibres charnues. Une dissection soignée lui a également démontré que les branches perforantes menaient dans des veines profondes et intra-musculaires qui étaient toutes variqueuses. Les branches intra-musculaires, au nombre de huit ou dix dans le soléaire en particulier, formaient le quart du volume du muscle, qui était devenu comme une éponge vasculaire. Dans un autre cas plus remarquable encore, il n'y avait nulle trace de phlébectasie superficielle aux jambes, qui présentaient toutes deux des varices profondes, également développées. On trouvait des varices super-

ficielles à la cuisse seulement et du côté gauche, avec un développement égal des veines profondes des deux côtés ; de sorte que le membre droit, absolument indemne au premier abord, était affecté au même degré que l'autre dans son système nerveux sous-aponévrotique.

« Maintenant, la dilatation n'affecte pas toutes les veines profondes, ni chacune d'elles à un même degré ; elle n'atteint que rarement les veines plantaires, la poplitée, la fémorale et presque jamais les tibiales antérieures. Rien n'est plus commun, au contraire, que d'observer la dilatation isolée des tibiales postérieures, et surtout des péronières, dans l'espace qui sépare le quart supérieur du quart inférieur de la jambe, c'est-à-dire dans l'étendue de 20 à 25 centimètres environ. D'ailleurs, indépendamment de ces vaisseaux, il en existe encore de très importants dans l'épaisseur des muscles, puis des canaux anastomotiques multiples qui font communiquer les veines superficielles avec les profondes, et les profondes entre elles. Or, ces veines intra-musculaires et intermusculaires, que la théorie disait devoir être indemnes, sont très souvent dilatées et serpentines, et c'est par elles que commencent les varices, qu'on ne voit apparaître que plus tard dans la couche sous-cutanée.

« Verneuil a donc pu rendre classiques les trois propositions suivantes, qu'il a formulées et qui depuis sont considérées en pathologie comme des axiomes :

« 1° Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur le membre inférieur, on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante de ce membre.

« 2° La réciproque n'est pas vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter et intra-musculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints ; mais, lorsque les premières sont encore seules dilatées, il est presque certain que, dans un délai plus ou moins long, les dernières à leur tour s'amplifieront, deviendront serpentines et paraîtront alors sous la peau.

« 3° La phlébectasie ne porte pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus sur la saphène interne que sur toute autre ; elle prend, au contraire, son origine dans les veines profondes en général et dans les veines musculaires du mollet le plus souvent. Ces vaisseaux sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire, et de là ces lésions se propagent aux branches sus-aponévrotiques de deuxième et de troisième ordre ordinairement. »

« Les lois de Verneuil, dit M. Quénu, me paraissent vraies en général ; il ne faudrait pas toutefois penser qu'elles ne comportent aucune exception ; je n'en veux pour preuve que les observations de Valette (1) et les quatre plus récentes de Hughes (2), dans lesquelles, avec des varices des veines saphènes, il n'existait aucune phlébectasie des veines profondes. »

Quoi qu'il en soit, les lésions variqueuses ne présentent aucune différence sur les veines superficielles et sur les veines profondes, et des notions beaucoup plus précises que celles que nous avons données plus haut nous ont été rapportées par les études histologiques de Cornil (3). Cet auteur a montré que l'épais-

(1) Cité par Legendre, Thèse, 1881.

(2) Hughes, *British med. Journ.*, 1887. L'auteur a le tort d'en conclure, dit M. Quénu, que les varices profondes sont exceptionnelles.

(1) Cornil, *Arch. de Physiol.*, 1872.

sissement des veines atteintes de dégénérescence variqueuse tient à l'hypertrophie de la portion la plus interne de la membrane moyenne (1).

Nous allons résumer ces recherches d'après M. Quénu :

« Sur les coupes, en effet, on constate que la tunique interne n'est pas sensiblement épaissie, tandis que la tunique moyenne peut être de deux à dix fois plus considérable qu'à l'état sain. L'augmentation d'épaisseur porte surtout sur les couches les plus internes de la tunique moyenne ; elle tient essentiellement au développement anormal du tissu conjonctif qui se montre sous forme de longs faisceaux séparés par des cellules plates.

« Les fibres lisses paraissent plus volumineuses que sur une veine normale (2), elles sont séparées les unes des autres par le tissu conjonctif néoformé.

« En résumé, la lésion caractéristique des veines consiste en une véritable phlébo-sclérose débutant par la partie interne de la tunique moyenne et envahissant ensuite cette dernière dans toute son étendue.

« Telle est l'opinion devenue classique en France à la suite du mémoire de Cornil ; elle n'est pas acceptée avec la même unanimité en Allemagne. Epstein, en effet, n'hésite pas à considérer l'altération variqueuse comme due primitivement à une endophlébite, et non à une mésophlébite ; l'erreur de Cornil tiendrait à ce

(1) Déjà Briquet avait reconnu, sans le secours du microscope, que la membrane interne n'est point épaissie et que c'est la membrane moyenne sous-jacente qui est hypertrophiée.

(2) Cornil, Saboroff et Thierfelder prétendent avoir constaté cette hypertrophie. Epstein l'a vainement cherchée (*Atlas*, taf. XXIX).

qu'il a rapporté à la tunique moyenne les couches qui s'étendent jusqu'à la lame élastique la plus interne; or, Epstein s'efforce de prouver que cette lame la plus interne n'est pas la normale, l'ancienne, mais qu'elle est de nouvelle formation, qu'elle s'est développée pathologiquement sous l'influence de processus scléreux en pleine tunique interne, et que, par suite, les couches qui la bordent en dehors n'appartiennent aucunement à la tunique moyenne.

« Quoi qu'il en soit de ce point controversé, on constate encore que les vasa vasorum dilatés et comme creusés au milieu du tissu pathologique s'étendent et se rapprochent de la tunique interne; souvent leurs parois amincies se rompent et laissent le sang s'infiltrer et former de petits épanchements de globules rouges de matière colorante.

« A une place plus avancée, qui correspond au troisième degré de Briquet, on observe une disparition à peu près complète de la tunique moyenne, la paroi veineuse est devenue presque purement conjonctive.

« Dans certains cas, des granulations colorées se déposent entre les faisceaux fibreux et transforment les veines en véritables tuyaux rigides sur une étendue de plusieurs centimètres (phléblithes).

« Parfois encore, les vasa vasorum acquièrent un tel développement qu'ils entourent la veine principale d'un véritable lacis flexueux ou pelotonné; il en résulte de véritables tumeurs variqueuses.

« Enfin, dans certaines régions, dans les parois rectales par exemple, ou aux membres, dans les cas de varices anciennes, les tuniques veineuses apparaissent peu distinctes, confondues avec le tissu conjonctif ambiant; il se développe aussi des productions rap-

pelant exactement l'aspect des tumeurs caverneuses.

« A ces différentes altérations, il faut joindre celles qu'engendrent les fréquentes poussées de phlébite aiguë ou subaiguë, auxquelles sont particulièrement sujettes les veines variqueuses ; de là des coagulations sanguines et toutes leurs conséquences, de là aussi une accentuation des troubles, apportée déjà à la nutrition des tissus voisins par une circulation de retour défectueuse. »

Ajoutons comme derniers détails que les phlébolithes se produisent souvent isolément au point d'implantation des valvules, où elles se séparent entre les tuniques interne et moyenne, et que, la dilatation variqueuse ne portant pas seulement sur le tronc de la veine, mais aussi sur toutes les veinules et les vasa vasorum, c'est à ces vasa vasorum très flexueux et faisant corps avec la veine principale, qu'est due surtout la formation de certaines tumeurs variqueuses d'aspect caverneux. Une autre explication de la formation de ces lacis veineux est tirée de la possibilité de l'usure et de l'abouchement des circonvolutions adossées d'une même veine, sous l'influence d'un processus atrophique et régressif des parois contiguës (Schwartz).

État du sang. — Dans le premier et le deuxième degré, le sang est fluide et ne présente pas plus d'altération que la veine dilatée seulement, dans laquelle il circule, bien que cette circulation s'accomplisse plus lentement peut-être qu'à l'état normal (Follin). Il conserve souvent cet état pendant un temps fort long; mais, plus tard, quand les veines sont devenues très flexueuses, quand elles se sont repliées en paquets, dans le troisième degré, ce liquide, y circulant

plus lentement, subit au contact des parois altérées des modifications nombreuses : il se coagule d'abord et forme des caillots tantôt centraux, tantôt pariétaux, puis le caillot se dessèche, se durcit et oblitère en partie ou en totalité, définitivement ou transitoirement, la lumière du vaisseau. Parfois, ce caillot existe dans une grande étendue et simule un entozoaire, le dragonneau par exemple (Follin). Hodgson a vu, dit Nélaton, quatre fois le coagulum accumulé dans les vaisseaux dilatés offrir une étendue telle que ces vaisseaux étaient oblitérés et qu'il en résultait une oblitération spontanée. En même temps que cette coagulation s'effectue, les vaisseaux deviennent durs, incompressibles et perdent cette extrême souplesse qui leur permettait de s'affaisser sous la moindre pression.

On a encore trouvé dans les veines des concrétions, tantôt libres et renfermées au milieu des caillots sanguins, tantôt adhérentes aux parois des vaisseaux et comme pédiculées. Andral, auquel nous devons de belles recherches sur les altérations morbides des veines, a trouvé dans la veine saphène externe, en un point de ses parois considérablement épaissies, une concrétion très dure, du volume d'une noisette et formée de phosphate de chaux. C'est là une variété de phlébolithes.

« Il ne faudrait pas voir, dit Follin avec juste raison, dans ces altérations du sang de simples phénomènes d'hydraulique et les attribuer à la lenteur de la circulation ; il y a là intervention d'actes chimico-physiques. Le sang ne se coagule que quand la tunique interne est altérée. »

État des parties voisines. — Dès longtemps, on avait remarqué sur les membres variqueux des lésions

atteignant les divers tissus constitutifs autres que les veines; mais ce n'est que dans ces dernières années que ces lésions ont été étudiées d'une façon précise et rattachées pathogéniquement à leur véritable régime.

M. Quénu étudie avec détails, dans son article, cet état des parties voisines, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici en grande partie la description qu'il en donne.

On peut affirmer, dit-il au début de ce chapitre, que, dans un membre atteint depuis longtemps de phlébo-sclérose, il n'est pas de tissu qui ne soit susceptible de subir à un moment donné toute une série d'altérations plus ou moins profondes.

Peau et tissu cellulaire sous-cutané. — La structure de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané est fréquemment modifiée. « L'œdème est, pour ainsi dire, un symptôme obligé des varices ; sa répétition laisse des traces matérielles sous forme d'épaississement des travées conjonctives. L'inflammation chronique du tissu conjonctif s'observe principalement le long des veines variqueuses; au lieu d'être aisément isolables comme à l'état normal, les vaisseaux variqueux sont constamment entourés d'une atmosphère de tissu induré, sorte de périphlébite chronique, consécutive à l'inflammation des parois vasculaires. Dans bon nombre de cas, l'induration inflammatoire n'est pas limitée à la zone péri-veineuse, elle s'étend à toute la circonférence du membre et à toute l'épaisseur des couches sous-cutanées; il peut se faire alors que la peau et le tissu sous-cutané ne forment plus qu'une sorte de gangue adhérente aux aponévroses. »

Il est facile de comprendre, ajoute M. Quénu, que

tous les organes emprisonnés dans le tissu pathologique soient consécutivement plus ou moins altérés. Les artérioles s'y montrent avec des parois sclérosées et quelquefois des coagulations sanguines, les nerfs sont atteints de névrite interstitielle. M. Quénu a examiné des nerfs saphènes sur des jambes éléphantiasiques et il a trouvé que les faisceaux primitifs n'avaient pour ainsi dire plus de gaine lamelleuse; les groupes de cylindres-axes apparaissaient plongés directement au milieu d'un tissu fibreux dense et à peine fasciculé. Cependant, les vaisseaux du pannicule sous-cutané subissent à leur tour la dilatation variqueuse et donnent naissance par place à une véritable transformation caverneuse (1).

Les lésions cutanées des membres variqueux ont été principalement étudiées au point de vue clinique. Au premier rang, il faut placer l'eczéma chronique et les différentes dermites qui accompagnent ou précèdent la formation des ulcères variqueux. Nous y reviendrons longuement au chapitre des complications, et tout ce que nous pouvons faire actuellement c'est de reproduire la description anatomique que M. Quénu en a faite en 1882 et qui cadre bien avec la dernière clinique de Clais et Broca (2), que nous retrouverons plus loin, en dermite hypertrophique et dermite atrophique.

Anatomiquement, dit-il, voici ce qu'on peut constater dans ces cas : le chorion du derme présente tous les signes d'un processus irritatif chronique; entre les faisceaux du tissu fibreux, on remarque la présence de cellules embryonnaires, tantôt infiltrées,

(1) Quénu, *Rev. chir.*, 1882, p. 894.
(2) A. Broca, Thèse, 1886. — Jeanselme, Thèse, 1888.

tantôt rassemblées en petits groupes ; nous avons noté sur quelques préparations une hypergenèse du tissu élastique des plus nettes, sous forme de paquets de fibrilles irrégulières et enchevêtrées. Les annexes de la peau, glandes sudoripares, appareils pilo-sébacés, etc., sont généralement atrophiés et ont quelquefois complètement disparu, mais seulement dans les cas de dermites invétérées. Les papilles sont elles-mêmes sclérosées ; tantôt plus longues, renflées et comme hypertrophiées, elles sont parfois diminuées de hauteur et comme nivelées. La couche cornée de l'épiderme est le plus souvent épaissie. Ces transformations éléphantiasiques de la peau s'observent principalement autour des ulcères variqueux ; quant à l'ulcère, il repose sur un fond bourgeonnant, formé d'une gangue colorée en rose pâle par du picro-carmin et traversé par des bandes fibreuses et des fibres élastiques ; on y voit des cellules rondes, dégénérées, quelques vaisseaux thrombosés et du pigment brun jaunâtre, qui semble provenir du sang infiltré.

Muscles. — Les veines musculaires comptent parmi les premières atteintes dans le processus variqueux. On s'explique par suite que, dans bon nombre de cas, les muscles souffrent dans leur nutrition (Quénu) ; la plupart du temps, les lésions portent moins sur la substance contractile que sur le tissu conjonctif inter-fasciculaire ; ce tissu s'enflamme chroniquement et se charge de graisse. Parfois cependant, et spécialement au voisinage des ulcères, le tissu musculaire subit la dégénérescence granulo-graisseuse (Quénu).

Reclus a indiqué que les aponévroses d'enveloppe ou inter-musculaires, qui s'épaississent toujours, subissent dans quelques cas rares l'ossification, for-

mant ainsi des canaux rigides qui englobent les vaisseaux et les nerfs.

Os. — Nous n'insisterons pas ici sur l'état des os, nous réservant d'y revenir au chapitre des complications. En effet, il n'a été étudié que dans les membres variqueux atteints d'ulcères. Cruveilhier, Sappey, les auteurs du *Compendium*, etc. ont signalé le gonflement hypertrophique du tibia dans les ulcères de la jambe ; mais, comme nous le verrons, c'est surtout Reclus qui en a tracé le plus complètement l'histoire (*Progrès médical*, 1879).

Artères. — M. Quénu a, l'un des premiers et la même année que Rienzi (1), signalé la fréquence des lésions artérielles dans les membres atteints d'ulcères variqueux. Plus tard, Schreider (2) et Gilson (3) ont insisté à juste titre sur leur importance pathogénique. Nos recherches (4), dit M. Quénu, ont encore été confirmées par les publications d'Arnozan et Boursier (5), et par les observations cliniques de Broca. Mais on est allé plus loin : on a cherché à démontrer que les variqueux en général, en dehors des porteurs d'ulcères, étaient non seulement des phlébo-scléreux, mais encore des artério-scléreux. Déjà Cornil avait établi un rapprochement entre la phlébite chronique variqueuse et l'endartérite ; la tendance actuelle est de

(1) Rienzi, *Giorn. intern. del sc. med.*, 1882. — Quénu, *Rev. chir.*, 1882.

(2) Schreider, Thèse, 1883.

(3) Gilson, art. Ulcères, *Dict. Jaccoud*, 1885.

(4) Quatre fois sur cinq, M. Quénu a noté les altérations de l'endartérite avec infiltration calcaire des parois et quelquelois thrombose de branches volumineuses.

(5) Arnozan et Boursier, Société anatomique et physiologique de Bordeaux, 5 décembre 1882 et 1884.

regarder ces deux ordres de lésions vasculaires comme parallèles et de les rapporter toutes deux à un vice constitutionnel, l'arthritisme ou l'herpétisme (1). De la sorte, un trouble général de la nutrition retentirait sur tout le système vasculaire sanguin, et les varices ne seraient qu'une localisation d'une maladie plus générale qu'on pourrait appeler la vasculo-sclérose (2), » ainsi que nous le disons au chapitre de la pathogénie.

Nerfs. — Les cordons nerveux, on le sait, n'échappent pas au travail phlegmasique dans les membres éléphantiasiques au voisinage des ulcères. La névrite interstitielle, qu'on observe en pareil cas, n'est qu'une lésion secondaire au même titre que celle de tous les tissus qui confinent à un foyer d'inflammation chronique. Il en est de même des altérations nerveuses signalées en passant par Gombault, au cours d'un intéressant mémoire de Reclus sur les hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe. « Les aponévroses intermusculaires ossifiées formaient aux vaisseaux et nerfs de véritables gaines osseuses qui auraient subi des dégénérescences positives. »

Mais il existe chez les variqueux des altérations du système nerveux périphérique qui ne sont nullement consécutives. « Je crois en avoir le premier, dit

(1) Lancereaux, *Herpétisme.* — Gilson, Broca, etc., Sack (Th. Dorpat, 1887) ont constaté anatomiquement la coexistence fréquente, chez un même sujet, de la phlébo-sclérose et de l'artério-sclérose diffuse.

(2) Voy., sur l'artério-sclérose, deux revues critiques des *Archives de médecine* de Duplaix (1885) et Iznard (1886). « Je passe sous silence les altérations des lymphatiques (vaisseaux et ganglions), signalées dans les dermites éléphantiasiques d'origine variqueuse. » (Quéru); — Voy. Th. Jeanselme.

M. Quénu, donné la démonstration anatomique en étudiant les nerfs à distance des foyers de dermite, dans des régions telles que la cuisse et la fesse, où les troncs nerveux étaient entourés de leur atmosphère de tissu cellulaire lâche.

« Terrier, partant de l'observation clinique, considérait ces lésions comme probables et admettait que l'ulcère variqueux est d'origine trophique (Th. Séjournet, 1877). Reclus, qui relate, dans son travail déjà cité, les lésions du nerf tibial antérieur constatées par Gombault, ne leur accorde aucune importance : « Pour qu'elle fût acceptable (l'hypothèse des troubles trophiques), les troubles trophiques auraient dû se montrer non dans la jambe, mais dans le territoire des nerfs étreints, aux régions dorsale et plantaire. » Il n'est donc pas tout à fait juste de dire, comme le fait Broca dans sa thèse, que, en 1879, « des recherches histologiques de M Gombault avaient révélé des lésions nerveuses matérielles. » En réalité, ces altérations, d'ailleurs consécutives, avaient été mentionnées incidemment et sans que ni Gombault, ni Reclus songeassent à leur accorder la moindre importance pathogénique. Mes observations ont été depuis confirmées par un certain nombre d'examens histologiques (Gilson, 1885 ; Pilliet, Société anatomique, 1888).

« J'ai constaté, dans six cas d'ulcères pris au hasard, qu'il existait des altérations nerveuses variant d'une simple dilatation des vaisseaux avec hypertrophie peu considérable du tissu conjonctif péri-fasciculaire jusqu'à un étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intra-fasciculaire.

« Sur quelques nerfs, on n'observe guère que la présence entre les faisceaux primitifs de veinules

dilatées autour desquelles le tissu conjonctif est plus dense et plus abondant ; les cellules adipeuses forment çà et là des amas plus considérables qu'à l'état normal.

« A un degré plus avancé, les faisceaux primitifs se montrent très écartés les uns des autres et l'intervalle qui les sépare est rempli par du tissu fibreux ou fibro-adipeux, riche en vaisseaux variqueux ; ce sont là des lésions d'une névrite interstitielle limitée au tissu péri-fasciculaire ; cette limitation est le fait le plus habituel.

« Toutefois, il arrive aussi que le processus sclérosique s'attaque au faisceau primitif lui-même ; la gaine lamelleuse subit la transformation fibreuse, des lacunes vasculaires apparaissent dans son épaisseur et bientôt des travées conjonctives pénètrent le faisceau nerveux, sous forme de gerbes, et le dissocient ; à la névrite péri-fasciculaire s'ajoute la névrite inter-fasciculaire.

« Nous insistons tout particulièrement sur ce fait : c'est que, dans nos examens, nous avons toujours vu la sclérose se manifester d'abord le long des vaisseaux veineux ; il n'est pas douteux pour nous que la lésion initiale du nerf est, en général, une phlébite chronique de ses veines. J'admets aussi, après Verneuil, que dans les nerfs tels que les saphènes, qui cheminent côte à côte avec les veines malades, la périphlébite puisse se propager directement de tronc à tronc.

« Chez les vieux variqueux, la dilatation finit par envahir tous les tissus, le tissu veineux comme les autres. Il est facile de s'assurer à l'œil nu que les veines du sciatique en particulier participent souvent à la dégénérescence ; elles forment parfois, principa-

lement au voisinage de l'échancrure sciatique, de véritables saillies ampullaires. » (Quénu, *Revue de chirurgie*, 1882, et Société de chirurgie, 1888).

« Verneuil a vu une de ces veines atteindre un volume supérieur à celui d'un manche de porte-plume. J'avais signalé, dans mon travail à la Société de chirurgie (1888), que, d'après une communication orale de J. Guyot, Gendrin connaissait les varices des nerfs. Or, des recherches bibliographiques ultérieures m'ont appris que cette constatation avait été faite plus anciennement encore ; on lit, en effet, dans l'*Anatomie générale* de Bichat (t. I, p. 237, édit. 1830) : « Lors même que la douleur siège dans le tissu nerveux, là même souvent il n'y a pas de lésion organique ; ceci mérite cependant des recherches nouvelles, et il se pourrait bien que, dans plusieurs cas, la substance intérieure du cordon nerveux fût un peu altérée, car je conserve le sciatique d'un sujet qui éprouvait une douleur très vive dans tout son trajet et qui présente à la partie supérieure une foule de petites dilatations variqueuses des veines qui le pénètrent. »

SYMPTOMES

Bien entendu, dans cet exposé, nous nous bornerons presque exclusivement à décrire les symptômes des varices des membres inférieurs, nous réservant de dire en terminant quelques mots sur les varices des membres supérieurs, sur lesquelles nous avons déjà insisté aux chapitres de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie.

Les symptômes des varices peuvent être divisés en physiques et fonctionnels : les uns perceptibles par les divers moyens d'exploration chirurgicale, les autres observés par le malade lui-même, qui en rend compte au chirurgien. Ils varient nécessairement suivant que les varices sont superficielles ou profondes; mais on doit toujours se souvenir que le plus souvent ces deux variétés sont associées et que, par conséquent, on constatera à la fois les symptômes de l'une et de l'autre associés chez le même sujet. Néanmoins, dans l'espoir d'être plus clair, nous diviserons cette étude en deux parties : symptômes des varices superficielles, symptômes des varices profondes.

« Les varices s'annoncent toujours par la dilatation des veines sous-cutanées du membre inférieur, à moins toutefois que le malade ne soit atteint de varices profondes qui produisent des symptômes fonctionnels suffisants pour l'engager à consulter le chirurgien. Dans ce dernier cas, il peut se faire que le réseau veineux superficiel ne soit pas encore dilaté ou très peu, alors que déjà les veines profondes sont atteintes à un certain degré. » (Schwartz).

1° *Varices superficielles.* — « Généralement, fait remarquer M. Schwartz, le développement des veines sous-cutanées est assez lent, et presque toujours c'est le territoire de la veine saphène interne qui est pris le premier. On observe le long de la jambe, le long de la cuisse et à la face interne du genou des cordons assez uniformes au début comme calibre, saillants sous la peau, d'une couleur bleuâtre tirant sur le noir, renflés de distance en distance, sans que pour cela il y ait une notable différence entre deux segments superposés. La dilatation est, pour ainsi dire, uniforme,

et l'on n'observe pas encore de ces renflements variqueux constituant comme de véritables poches veineuses. Assez souvent, les premières manifestations de l'état variqueux se montrent sous forme de varicosités, de petites taches veineuses quelquefois étoilées, d'autres fois sous forme de taches pigmentaires, sur lesquelles le professeur Verneuil a beaucoup insisté, et qu'il regarde comme très importantes au point de vue du diagnostic des varices profondes, lorsqu'existent les signes subjectifs accusés par le malade. Ces aspects seraient dus, d'après lui, à de véritables varices capillaires siégeant au niveau d'une anastomose avec les veines profondes déjà dilatées. »

A ce moment, la dilatation variqueuse, plus ou moins exactement circonscrite, disparaît par la plus légère pression et reparaît aussitôt qu'on cesse de la comprimer ; les téguments qui la recouvrent, à peine distendus, ne présentent aucune altération ; ils glissent à la surface de la veine, dont ils laissent apercevoir la coloration bleuâtre, surtout dans les régions où le derme a peu d'épaisseur.

Dans cet état, les varices ne causent ordinairement aucune gêne, aucune douleur ; elles ne constituent, en réalité, qu'une difformité plus ou moins désagréable, suivant le lieu qu'elles occupent.

A mesure que la dilatation fait des progrès, c'est à ces nodosités, qui correspondent souvent aux replis valvulaires, que l'on a donné le nom de renflements variqueux. Plusieurs veines dilatées dans la même région peuvent être repliées plusieurs fois sur elles-mêmes ; elles constituent alors des tumeurs (Follin) que l'on a comparées à une masse de sangsues entrelacées : ce sont les tumeurs variqueuses.

Donc, des saillies arrondies, de plus en plus larges et flexueuses, se dessinent peu à peu sous la peau, et le siège de ces flexuosités est surtout le long de la jambe, au-dessus du genou, moins souvent peut-être à la partie supérieure de la cuisse (Schwartz). « Ces apparences, dit-il, sont produites par les vaisseaux de calibre moyen ou les troncs accessoires de la saphène interne ; mais en même temps qu'elles peuvent exister, et existent effectivement, des dilatations de veinules beaucoup plus petites, qui se manifestent par un petit lacis très fin, ressemblant, à distance, à une tache érectile veineuse, à une ecchymose récente. De plus près, on constate qu'elle est constituée par une agglomération de petits vaisseaux cutanés ou immédiatement contigus à la peau; ces sortes de taches s'observent surtout là où le tégument est très fin, comme sur le pied, au-dessous et au niveau des malléoles, et surtout chez les femmes, qu'elles soient ou non enceintes. D'ailleurs, on comprend que les varices peuvent, au début, avoir un aspect variable, suivant qu'elles débutent par les toutes petites veines (veinosités des Allemands) ou par les troncs de moyen volume, ou encore par les grosses branches veineuses ; de plus, ces différents aspects peuvent se trouver réunis sur le même sujet, à différents endroits du membre inférieur.

Un détail très intéressant à constater, c'est que souvent, lorsque le territoire de la saphène interne est dilaté, celui de la saphène externe est sain, tandis que la réciproque n'est pas vraie. Cela revient à dire que, presque toujours, la saphène externe se prend après la saphène interne.

Chrétien a cherché à expliquer ce phénomène

d'observation. Pour lui, « la raison essentielle est que la saphène externe est comprimée dans son trajet le long de la jambe entre deux lames aponévrotiques, dédoublement de l'aponévrose jambière ; de plus, d'après lui, elle ne traverse pas, comme la saphène interne, un anneau rigide pour se jeter dans la veine profonde, mais bien un tissu lâche qui ne peut avoir aucune action préjudiciable à la circulation du sang. »

L'aspect de la dilatation veineuse est absolument différent, suivant que le malade est examiné couché ou debout, après un long repos ou après la marche. Très accentuée lorsqu'il a marché ou seulement lorsqu'il est debout, elle diminue au contraire et disparaît presque lorsqu'il a gardé pendant quelque temps la position horizontale. Si on le fait lever, elles réapparaissent de suite, d'où le nom qu'on a donné aux varices (*varix*, de *variare*).

Certains agents semblent aussi avoir une influence bien nette sur les varices : la chaleur les augmente ; aussi en été sont-elles plus apparentes que pendant les températures froides ; de même, lorsque le membre a été plongé dans un bain chaud, et l'on sait que, sous cette action, les veines deviennent bien plus saillantes, même lorsqu'elles sont normales ; c'est ce phénomène que l'on mettait à profit dans le temps où l'on pratiquait la saignée sur les veines du pied. On avait coutume de plonger le pied dans l'eau chaude avant de pratiquer l'opération. La différence est encore plus sensible lorsque les veines sont variqueuses.

Notons encore qu'assez fréquemment on constate le soir, lorsque le malade a marché, plus de fermeté des tissus et même un léger œdème péri et sus-malléolaire, surtout notable par une pression un peu prolongée.

En même temps, on note souvent un peu de chaleur au toucher au niveau des pelotons variqueux.

Comme troubles fonctionnels, ils sont nuls ou peu considérables (Schwartz) : un peu de pesanteur, de lourdeur des membres, une fatigue plus rapide lorsqu'on marche ; tout cela disparaît par le repos et ne s'accentue de nouveau que lorsque les mêmes circonstances se répètent. Il peut se faire néanmoins que ces signes fonctionnels soient bien plus accusés et en disproportion avec les dilatations veineuses superficielles que constate le chirurgien ; c'est qu'alors ils ont pour cause des varices profondes, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

En comprimant avec la main une tumeur variqueuse afin de la faire disparaître, on perçoit quelquefois une sorte de frémissement produit par le liquide qui s'échappe. Ce signe pourrait, dans certains cas, induire en erreur, surtout lorsqu'il est offert par une tumeur située dans le voisinage du pli de l'aine. Petit (de Reims) a communiqué à Briquet un cas où la tumeur sanguine était animée de pulsations isochrones au pouls et présentait un frémissement tout particulier à chaque pulsation ; Briquet croyait que ces pulsations étaient transmises à la tumeur par l'ondée sanguine à la veine cave inférieure en rapport avec l'aorte ; il est beaucoup plus naturel d'admettre, avec les auteurs du *Compendium de chirurgie*, que les battements étaient transmis à la varice par une artère sous-jacente, comme la fémorale (Schwartz).

Bonnet (de Lyon) a encore noté que, si l'on exerce avec l'extrémité d'un doigt une légère pression sur une varice présentant un certain volume et occupant une étendue assez considérable, on voit refluer le

sang du tronc vers les ramuscules de la vessie. Ce phénomène, qu'il a désigné sous le nom d'ondulation du sang, ainsi que le frémissement cité plus haut, exige pour sa production que le sang soit encore fluide dans le vaisseau dilaté.

Lorsque le renflement variqueux occupe une partie rapprochée des centres (cuisse et sa racine), les efforts, la toux, dit M. Schwartz, ont une influence manifeste sur son volume; ils lui impriment une dilatation perceptible au doigt, une sorte d'ondulation qui peut se propager, lorsque la dilatation est très marquée, à des renflements placés au-dessous. Pour que ces phénomènes se produisent, il faut que les altérations soient assez avancées pour que les valvules insuffisantes n'apportent plus d'obstacle au reflux du sang veineux chassé par l'expiration forcée. Certes, un des renflements variqueux les plus considérables qu'il ait été donné d'observer est celui dont Fabrice de Hilden nous relate la description, que nous avons déjà rapportée au chapitre de l'anatomie pathologique. Nous avons observé nous-même un cas de renflement variqueux de la saphène interne qui avait sans exagération les dimensions d'un œuf de poule. Il était réductible complètement par la pression et se continuait au dessus et au-dessous avec une branche relativement peu dilatée.

« Lorsque l'affection est avancée, il peut se faire que la communication entre le renflement variqueux et le reste de la veine qui en est le siège soit oblitérée, ou à peu près; dans ce cas, on trouvera une tumeur irréductible ou difficilement réductible, résistante, le sang peut se coaguler et donner à la tumeur une consistance dure qui va quelquefois jusqu'à la consistance

pierreuse; on est alors en présence d'une phlébosite dont nous avons plus haut expliqué le mode de formation. »

Bonnet cite, dans les *Archives de médecine* (1839), un cas qui rentre dans cette catégorie. Un jeune homme de vingt-quatre ans, nous raconte-t-il, outre des varices ordinaires, portait à la partie moyenne de la cuisse une tumeur du volume d'un œuf de poule, fluctuante. Bonnet en fit l'ablation; mais, au dernier coup de bistouri, une hémorragie veineuse annonça que la saphène interne avait été ouverte. La tumeur contenait du sang liquide, mêlé de caillots mous et noirâtres, et sa cavité communiquait avec celle de la veine par un orifice de 3 à 4 lignes de diamètre.

Il peut se produire au niveau de ces paquets variqueux divers phénomènes d'inflammation, de coagulation, divers troubles dans les tissus sus-jacents, tels que le tissu cellulaire et la peau; mais nous réservons l'étude de ces questions au chapitre du traitement, où nous y insisterons spécialement.

2° *Varices profondes.* — « Il est bien entendu (Schwartz) que certains individus atteints de phlébectasie superficielle et profonde n'en souffrent aucunement; les signes que nous allons passer en revue n'ont donc d'intérêt que lorsqu'il y aura lieu de porter un diagnostic. »

Verneuil a admirablement résumé la séméiologie des varices profondes, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le principal passage de son travail : « Les sujets d'ailleurs bien portants se fatiguent plus vite dans la marche et au bout d'un temps plus ou moins long sont forcés de s'arrêter quelques instants. Le membre affecté leur semble extrêmement

lourd, après une course autrefois très aisément parcourue ; à ce sentiment de pesanteur se joint un engourdissement notable, puis le mollet devient le siège de douleurs analogues à des crampes, accompagnées de picotements. Lorsque l'engourdissement et la douleur acquièrent une certaine intensité, le malade devient débile, vacillant et peut à peine supporter le poids du corps. Le caractère de ces souffrances est important à préciser; elles ne sont point lancinantes, rapides et subites comme dans les névralgies, ni brûlantes et pulsatives comme dans le phlegmon et la phlébite, elles sont tensives, continues, gravatives et font naître cette angoisse particulière qui accompagne la distension forcée des canaux muqueux ou la plénitude du système vasculaire. Un malade comparait la sensation qu'il ressentait dans le mollet à celle qu'on éprouve lorsque le doigt est serré à sa racine par un lien circulaire qui occasionne la stase sanguine dans cet appendice. »

C'est surtout à la région postérieure de la jambe, depuis le talon jusqu'au jarret, qu'est limitée la douleur; elle est maxima au niveau du mollet ou vers le bas du soléaire, elle est « profonde et mal circonscrite » ; quelquefois aussi les malades accusent dans la plante du pied une douleur qui, dans certains cas, pourrait être due à des varices profondes plantaires, surtout lorsqu'existent des varices superficielles dorsales.

Habituellement, tous ces phénomènes douloureux disparaissent la nuit ou dans la position horizontale, mais le plus souvent lentement et au bout seulement de quelques heures. La station longtemps prolongée les réveille plus vite que la marche sur un plan uni,

mais moins rapidement que la progression sur un sol inégal et montueux.

Enfin, les souffrances seraient plus accusées par une température chaude, ce que Verneuil explique facilement par « l'état de réplétion et de congestion des varices dans la saison chaude, comparativement à ce qui arrive dans la saison froide ».

L'œdème, l'induration, se manifestent rapidement sur les membres atteints de varices profondes ; et d'autres signes objectifs existent aussi parfois : telles sont les taches pigmentaires de la peau, l'éruption fréquente de petits furoncles, d'eczéma, d'ecthyma, sur lesquelles nous insisterons plus loin ; nombre de variqueux sont tourmentés de démangeaisons incessantes aux jambes ; quelques-uns accusent une augmentation considérable et gênante de la sécrétion sudorale, fait très important, signalé pour la première fois par Verneuil.

Enfin, les douleurs occasionnées par les varices profondes ne sont pas toujours limitées au pied et à la jambe. M. Quénu a montré, dans un mémoire récent (*Rev. de chir.*, 1888), qu'elles s'étendent parfois à toute la cuisse et à la fesse, et qu'alors elles se localisent au trajet des nerfs sciatiques. C'est dans ces cas surtout que l'on constate des troubles trophiques, hypertrophie du système pileux, poussée des ongles irrégulière et difforme, et enfin apparition de dermatoses diverses.

Ce qui montre bien, dit Schwartz, que les phénomènes subjectifs tiennent surtout aux lésions profondes et bien peu aux superficielles, c'est que deux membres également couverts de varices serpentines plus ou moins accentuées souffrent souvent bien diffé-

remment : l'un est presque indolent, l'autre, au contraire, très douloureux; cela tient certainement aux varices profondes, probablement à leurs rapports, à leurs connexions et à leur développement différent. De même, les membres qui extérieurement n'offrent que des veinosités font fréquemment souffrir beaucoup plus les malades que ceux recouverts de circonvolutions veineuses, grosses comme le petit doigt. On pourrait croire, ajoute-t-il, que l'adjonction des varices superficielles doive encore augmenter les troubles fonctionnels existant déjà sous l'influence de la phlébectasie sous-aponévrotique; il n'en est rien, et souvent tous les phénomènes subjectifs que nous avons passés en revue sont fortement atténués lorsqu'apparaissent les dilatations veineuses sous-cutanées.

Les sensations pénibles que nous venons de décrire existent toujours; mais, de plus, chez un certain nombre de variqueux anciens, les choses vont plus loin : il peut survenir une véritable sciatique liée assurément à l'évolution des varices et présentant quelques caractères cliniques intéressants, fort bien résumés par M. Quénu dans la description suivante.

Dans la minorité des cas, les malades accusent des douleurs spontanées sur le trajet du nerf sciatique. Ces douleurs ne sont pas, en général, d'une intensité extrême; les patients parlent de douleurs gravatives, profondes, plutôt que d'élancements aigus et de crises névralgiques, parfois de crampes et de faiblesse musculaire. Dans une forme beaucoup plus commune, il n'est fait mention d'aucune douleur spontanée le long de la fesse ou de la cuisse, mais cette douleur apparaît à la pression dès qu'on appuie

sur certains points d'élection. Sur 56 variqueux anciens examinés au Bureau central, 31 fois cette forme de sciatique latente a été observée. Le plus souvent (dans 20 cas), les points douloureux n'existaient qu'à la jambe et dans le creux poplité ; dans 6 cas, la pression était douloureuse à la partie moyenne de la cuisse; dans 5 cas, enfin, la sensibilité morbide remontait jusqu'à l'échancrure sciatique.

Il est temps de se demander, ajoute M. Quénu, à quelle cause on peut bien rapporter les sensations douloureuses des porteurs de varices; pourquoi tel individu, atteint certainement de varices profondes, ne souffre pas, tandis que tel autre, placé dans les mêmes conditions, est bien plus affecté. Le professeur Verneuil pensait déjà trouver une explication plausible en disant que ces variations devaient être dues, en partie du moins, aux rapports différents des varices avec les filets nerveux. « En disséquant les pièces injectées, j'ai vu souvent, dit-il, et surtout dans l'épaisseur des muscles, les filets nerveux qui sont accolés aux vaisseaux distendus, déviés par les veines dilatées ou comprimés dans l'interstice rétréci qu'elles laissaient entre elles. » Et encore : « Lorsque les premières sont très amplifiées, elles agissent mécaniquement sur les cordons nerveux. » Tandis que les phénomènes douloureux seraient sous la dépendance des rameaux sensitifs intermusculaires, les phénomènes d'engourdissement et de fatigue seraient dus à des rameaux moteurs.

Cette pathogénie, fait observer M. Quénu, n'est acceptable que pour les saphènes, et, ici encore, il s'agit bien plutôt d'inflammation propagée de veine à nerf que de compression mécanique pure et simple.

Pour les douleurs profondes et pour la sciatique, il faut chercher un autre mécanisme ; il est très probable, dit cet auteur, qu'il faut incriminer non les veines voisines du nerf, mais les veines du nerf lui-même, devenues variqueuses ; par suite, il s'établirait à la longue chez les variqueux une névrite ascendante remontant lentement du nerf tibial postérieur au poplité, puis au sciatique. Il est possible aussi que, des ampoules existant dans les veines auxquelles se rendent les veines des nerfs, il en résulte une stase veineuse dans le tronc veineux, capable d'occasionner divers phénomènes douloureux avant d'avoir déterminé des lésions. M. Quénu pense, en outre, qu'il serait intéressant de faire, dans les autopsies de variqueux, l'examen des veines de la queue de cheval et de celles du rachis.

Il conclut de tout cela que l'état du système nerveux périphérique domine toute l'histoire des troubles fonctionnels des varices, de même qu'il régit l'apparition des différentes lésions cutanées, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcère.

« Le trouble profond de l'innervation chez les variqueux ressort bien encore de l'exagération de la sécrétion sudorale (1), de la perversion de la sensibilité et enfin des différences de température constatées dans quelques cas entre le membre sain et le membre malade ou entre deux membres inégalement malades. Chez un sujet porteur de varices à un seul membre supérieur, Ch. Richet (2), ainsi que nous le verrons plus loin, a noté la disparition de la sensibilité électrique en même temps qu'une hyperesthésie à la dou-

(1) Verneuil.

(2) Fournal, Thèse, 1879.

leur. La différence de température était, de plus, d'un degré en faveur du côté sain (1).

« Chez le même malade, on obtenait au dynamomètre 40 kilogrammes du côté sain et 28 ou 30 kilogrammes du côté malade, suivant que le membre était levé (anémié) ou baissé (congestionné); l'étude des troubles de la motilité mériterait d'être reprise à nouveau. J'avais mentionné dans mes observations quelques troubles de la locomotion, occasionnés par la sciatique des variqueux ; tout dernièrement (Thèse, 1890), Delaunay a publié un cas de claudication intermittente qu'il rapporte à la présence de varices chez un malade dont le système artériel n'offrait aucune altération (Note de M. Quénu).

« Les recherches de Terrier et Séjournet ont montré autour des ulcères variqueux les zones de perturbation de la sensibilité (Thèse, 1877), et précisé ainsi l'état de la question et les territoires nerveux atteints.

« Tels sont les symptômes qu'il faudrait surtout rattacher à l'existence de varices profondes. En résumé, dit M. Schwartz, il peut se faire que, malgré un état variqueux superficiel très accentué, le malade ne présente aucun trouble fonctionnel accusé ou du moins si peu de gêne qu'il n'en parle pas, tandis que, dans d'autres cas sans phlébectasie superficielle, les phénomènes subjectifs seront d'une intensité telle (varices profondes) qu'il devra recourir aux conseils de la

(1)

	Côté malade	Côté sain.
Os de la main	26	28
A l'avant-bras	34	32
Au pli du coude	34	35
Au bras	34,5	35
A l'aisselle	34,5	37,5

chirurgie. Dans une troisième catégorie de faits, intermédiaires pour ainsi dire, les varices superficielles associées aux varices profondes donneront lieu aux différents symptômes subjectifs et objectifs que nous avons plus haut passés en revue. »

Quant aux varices des membres supérieurs, au lieu d'être généralement symétriques, comme elles le sont souvent aux membres inférieurs, elles sont fréquemment unilatérales et presque toujours congénitales. Pour en donner un aperçu, nous citerons l'observation résumée rapportée par Fournot dans sa thèse (Schwartz).

Homme de trente-quatre ans, n'ayant de varices qu'au membre supérieur droit; elles paraissent être congénitales; leur développement s'est accentué avec les travaux pénibles accomplis par le malade. Toutes les veines du bras droit, y compris celles de la face dorsale et de la main et des faces latérales des doigts, sont variqueuses. Sur la paroi antérieure du creux axillaire, dans les régions sus-claviculaire, latérale du cou, postérieure du creux de l'aisselle, les dilatations veineuses sont beaucoup moins accentuées.

La peau du membre est un peu brune, à système pileux très développé.

La force diminue à mesure que, placé dans une position déclive, il se gorge de sang.

La température recherchée par Redard est moindre de 1 degré, 2 degrés, comparée à celle du bras opposé.

Quant à la sensibilité explorée par Ch. Richet, voici ce qui a été constaté : 1° hyperesthésie à la douleur du côté malade ; 2° l'électricité est mieux sentie du côté sain que du côté variqueux. Bousquet a pré-

senté à la Société de Chirurgie (6 mai 1885) un jeune homme atteint de varices unilatérales du bras droit. Elles commencent au niveau de l'avant-bras, atteignent surtout les veines cubitales, puis serpentent sur le pli du coude et le bras jusque dans l'aisselle et sur le grand pectoral ; elles forment au-dessus du coude et près du creux de l'aisselle des tumeurs variqueuses, grosses comme une petite noix et un œuf de poule. Près de l'épitrochlée, les veines contiennent des phlébosites qui roulent sous la peau comme des grains de plomb. La face musculaire n'est nullement affaiblie de ce côté. Aucune autre dilatation variqueuse sur le reste du corps. Les varices paraissent être congénitales, puisque la mère les aurait vues dès le troisième jour après la naissance. Aucun renseignement sur l'hérédité (Cité par Schwartz).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des varices, d'après ce que nous avons dit des symptômes, semble ordinairement assez facile. Cependant, dit M. Schwartz, il n'en est pas toujours ainsi, et nous croyons qu'il est bon d'étudier avec lui le diagnostic des varices superficielles, celui des varices profondes, puis le diagnostic étiologique et pathogénique.

Le premier point à examiner est de savoir si réellement il y a des varices. Il est bien évident que, s'il s'agit de varices superficielles, la maladie, pour me servir d'une expression vulgaire, sautera en quelque sorte aux yeux. Si les membres inférieurs ou supé-

rieurs, la vulve, le cordon, l'anus ou l'abdomen sont sillonnés de dilatations veineuses serpentines avec ou sans renflements et tumeurs variqueuses, nul chirurgien n'hésitera. Mais M. Schwartz fait remarquer avec raison que, dans ces cas encore, il ne faudra pas, pour les dilatations veineuses des membres et d'autres régions, confondre la simple dilatation du réseau veineux sous l'influence de la compression par une tumeur, dilatation qui peut rétrocéder une fois l'obstacle enlevé et que Malgaigne a désignée sous le nom d'état varicoïde, avec les varices proprement dites. On se fondera pour cela sur ce que l'état varicoïde se manifeste simplement par une augmentation du calibre des veines sans modifier leur trajet, sans altérer leur consistance et leurs connexions avec les tissus périphériques. L'état varicoïde pourra devenir un état variqueux, si la phlébite chronique envahit les tuniques vasculaires, ce qui, chez certains individus, arrive rapidement, chez d'autres très lentement.

Lorsque l'état varicoïde superficiel existe en même temps que des signes de varices profondes, tels que douleurs dans le mollet, engourdissement, pesanteur et faiblesse du membre, on peut penser à des varices constituées et néanmoins avoir à faire à une tout autre affection. C'est ainsi que Verneuil rapporte le cas d'un facteur de la poste dont les veines sous-cutanées étaient serpentines et qui présentait aussi des signes fonctionnels de varices profondes qu'expliquait suffisamment sa profession. En examinant le creux du jarret, on trouve une tumeur pulsatile, artérielle, qui n'était autre qu'un anévrysme poplité; la compression produite sur la veine expliquait suffisamment les troubles circulatoires du côté des veines superfi-

cielles et profondes de la jambe (*Gaz. hebd.*, juillet 1861).

Aussi le chirurgien parle-t-il judicieusement quand il nous conseille de ne pas nous en tenir à la simple inspection à distance pour le diagnostic des varices, quoique cela suffise souvent, mais bien d'explorer tout le membre par le toucher.

Il est bien difficile de ne pas reconnaître des varices définitivement constituées. Cependant, quand sur leur trajet il s'est produit des renflements variqueux ou des tumeurs variqueuses, surtout dans certaines régions et surtout si l'on a à faire à des sujets très gras où l'épaisseur de la couche adipeuse empêche de constater nettement les dilatations veineuses sous-cutanées, le chirurgien peut être aux prises avec certaines difficultés.

Grossmann nous rapporte à ce sujet une erreur de diagnostic qu'il fit sur un homme de soixante et onze ans qui portait à la face interne de la cuisse une tumeur grosse comme le poing, qui se prolongeait en bas en forme de corde. Il n'hésite pas à faire le diagnostic de sarcome et à enlever la tumeur; mais, après l'ablation, on reconnut que l'on était en présence d'une énorme ectasie veineuse avec hypertrophie de la tunique adventice et de la tunique interne.

De même, les dilatations ampullaires de la saphène interne au niveau de la base du triangle de Scarpa peuvent être confondues avec des hernies crurales. Ces varices ampullaires, déjà vues par J.-L. Petit, décrites après lui par Dupuytren, Boyer, Boisset, Cruveilhier, etc., présentent, d'après M. Schwartz, les signes suivants :

« Presque toujours, dit-il, elles coïncident avec des

varices de la cuisse et de la jambe très développées ; lorsque la station verticale est un peu prolongée, tout le réseau veineux se remplit, devient turgescent et la tumeur même devient plus tendue ; elle varie, comme volumé, depuis celui d'une noisette à celui d'un petit œuf de poule, et elle se trouve située presque immédiatement au-dessous de l'arcade crurale en dehors du point où l'on sent les battements de l'artère. La tumeur est molle, fluctuante, réductible très facilement et se reproduit dès qu'on lâche la compression exercée sur elle ; quand on comprime au-dessus d'elle la veine profonde, elle augmente et devient plus tendue ; lorsque l'on comprime au-dessous d'elle la saphène interne avec laquelle elle se continue le plus souvent manifestement, elle diminue et devient plus flasque. Les efforts, la toux, toutes les causes qui retentissent sur la circulation veineuse influent sur son volume qui augmente ; lorsque les varices sont prononcées, il n'est pas rare de voir une ondulation produite par une chiquenaude appliquée sur les varices de la cuisse et même de la jambe se transmettre à la tumeur inguinale. Lorsque le malade est couché et surtout dans une position déclive, les membres inférieurs plus élevés que le bassin, la varice de la saphène interne disparaît et la coloration bleuâtre de la peau, qui n'existe, il est vrai, que lorsque celle-ci est mince, peut disparaître aussi ; d'après Bonnet, le doigt ne perçoit plus alors qu'une masse molle, flasque. Dans cette situation même les efforts et la toux font reparaître la tumeur et lui communiquent une impulsion, une expansion et un bruissement particuliers.

« Cependant, ajoute-t-il, quelques-uns de ces signes

peuvent manquer et rendre alors le diagnostic épineux ; c'est ainsi que, d'après Boinet, Dupuytren aurait vu dans l'aine gauche une hématocèle variqueuse grosse comme un petit œuf, irréductible et sans varices du membre correspondant.

« Il est évident que dans ces cas on pourrait confondre l'ampoule variqueuse avec un petit kyste ganglionnaire, si l'on n'avait pas à sa disposition, comme source de diagnostic, l'état variqueux du membre. »

Dans l'article « Aine » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1865, t. II, p. 298), Verneuil nous rapporte que Follin (*Traité de pathologie*, t. II) parle de la possibilité de confondre une varice pulsatile de la saphène interne avec un anévrysme fémoral ; mais il fait observer qu'aucun exemple de cette erreur n'est cité.

Enfin, n'omettons pas l'observation anatomique intéressante de Verneuil sur la dissection d'une varice ampullaire après injection : « La masse, globuleuse en apparence avant l'incision de la peau, se montre, en réalité, formée, pour la plus grande partie, par une amplification considérable du tissu sus-valvulaire de l'embouchure de la saphène et par une dilatation analogue des veines sous-cutanées abdominales et honteuses externes qui affluaient toutes vers le même point. »

Pour résumer ces diagnostics différents entre les varices et les autres tumeurs vasculaires de la région, nous pouvons dire que, à moins d'exceptions, les signes suivants serviront d'ordinaire nettement à la différenciation :

Anévrysmes. — Les varices et les anévrysmes sont tous deux réductibles ; mais, après la réduction, les

anévrysmes se tendent tout à coup et sont isochromes au pouls. Du reste, les varices ne présentent aucun battement, à moins qu'elles ne soient soulevées par une artère placée au-dessous d'elles.

Varice artérielle. Bruissement ou sifflement particulier, appréciable au toucher et à l'ouïe, avec pulsations isochromes à celles du pouls. Il n'y aura pas de doute sur la nature de la varice anévrysmale si, aux signes précédents, s'ajoutent la disparition des battements, quand on comprime entre la tumeur et le cœur, et leur augmentation par la compression exercée au-dessous d'elle; les antécédents ici sont, en outre, d'un très grand poids.

On pourrait encore confondre les varices dans certaines régions avec des hernies réductibles, en particulier des hernies crurales. On peut croire, dans des cas de hernie crurale, à une dilatation de la saphène à sa partie supérieure, au point où elle traverse le *fascia cribriformis*. L'erreur inverse peut être commise, et cela d'autant mieux que les efforts de toux impriment une certaine impulsion au sang contenu dans la tumeur variqueuse. Il suffit alors le plus souvent, pour éviter l'erreur, d'appliquer un bandage : la tumeur variqueuse réduite reparaît au-dessous de la pelote du bandage et s'accroît par la pression faite au-dessous d'elle.

Cependant, M. Schwartz nous signale un cas rapporté par M. Cooper, où une dilatation variqueuse de la veine crurale avait été prise pour une hernie. Il reconnut l'erreur, qui fut constatée plus tard à l'autopsie. Il s'agissait, nous dit-il, d'une varice crurale assez développée pour admettre le doigt. A. Cooper reconnut l'existence de la varice en pressant au-des-

sus de la tumeur, le malade étant dans la position horizontale. Avant la pression, la tumeur avait disparu; elle se gonflait dès que l'on comprimait au-dessus d'elle.

Verneuil, continue cet auteur, cite de Castella un fait analogue dans la *Gazette médicale* de 1842. Un individu atteint de rétrécissement squirrheux du rectum est pris de péritonite et meurt. Avant de procéder à l'autopsie, on constate dans l'aine, à l'endroit où se montre ordinairement la hernie crurale, une tumeur arrondie, piriforme, brunâtre. Castella craint de n'avoir pas reconnu une hernie étranglée. Heureusement, l'autopsie lui montra qu'il s'agissait d'une varice de la veine crurale très distendue, oblitérée en haut par un caillot. D'autres tumeurs variqueuses se retrouvaient, dans ce cas, entre la cuisse et la jambe.

« En résumé, la nature variqueuse d'une tumeur sera généralement reconnue par la coïncidence d'autres varices plus ou moins développées; il est très rare qu'on se trouve dans l'embarras pour des varices sous-cutanées. »

La question du diagnostic ne se pose plus du tout de la même façon pour les varices profondes lorsqu'elles existent à l'état isolé et que les altérations variqueuses ne se sont pas encore manifestées dans le réseau superficiel. Il n'y aura guère alors que les symptômes fonctionnels qui pourront mettre sur la voie du diagnostic; la nature de la douleur, l'espèce de malaise et de faiblesse guident l'esprit du chirurgien, et son diagnostic est certain lorsqu'il constate sur le membre l'existence de varicosités, de taches pigmentaires, d'éruptions diverses, de sudations locales. De plus, s'il conserve des doutes, il n'aura qu'à recourir

au traitement qui est ici une excellente pierre de touche.

« Le repos, la position horizontale, dit M. Schwartz, la jambe étant élevée, la compression par un bas dans la station debout, atténueront beaucoup et feront même disparaître les symptômes pénibles causés par le malade. Séance tenante, d'ailleurs, au moment de l'examen du membre, il suffira tantôt de presser largement avec les deux mains sur la masse du mollet pour amener du soulagement; tantôt, en faisant courber les malades et en exerçant des frictions douces et méthodiques sur la jambe élevée, on amènera rapidement une réelle amélioration qu'on maintiendra en appliquant un bandage roulé modérément serré, en attendant l'usage du bas compressif.

Il nous semble difficile, le chirurgien étant présent de la possibilité de l'existence de varices profondes, sans varices sous-cutanées, de ne pas les reconnaître à l'aide des moyens précédents et de les confondre avec une sciatique subaiguë par exemple, que l'on éliminerait facilement par l'examen des antécédents, l'absence de gonflement et surtout le défaut de soulagement subit par la position élevée et le repos. Fréquemment en effet, comme le fait observer le professeur Verneuil, les douleurs névralgiques, rhumatismales ou syphilitiques, les douleurs ostéocopes persistent pendant la nuit et subissent même une exacerbation.

Quant au diagnostic des varices siégeant en des endroits spéciaux, tels que le cordon, l'anus, l'urèthre, l'utérus, etc., il n'est pas compris dans le cadre de ce livre et sera traité dans les ouvrages de cette collection qui leur seront consacrés.

Une fois le diagnostic de l'existence des varices fermement posé, il reste à déterminer leur cause. Sont-elles tout d'abord idiopathiques ou symptomatiques? C'est là une question essentielle pour le traitement et aussi pour le pronostic. Ce diagnostic n'a toutefois une grande importance que lorsque les varices sont encore au premier degré, lorsqu'existe l'état varicoïde pouvant régresser après l'ablation de la cause.

« On objectera à notre division, dit M. Schwartz, que toutes les varices sont symptomatiques, les unes d'un état constitutionnel, d'autres de la grossesse, les autres encore d'obstacle mécanique au cours du sang veineux, etc.; cela est peut-être vrai absolument, mais, pratiquement, il sera, pour le chirurgien, intéressant de savoir que, dans certains cas, les varices peuvent succéder, une autre cause aidant ou favorisant le processus morbide, à la formation d'un obstacle au cours du sang veineux; que, cet obstacle enlevé, s'il se peut, si les lésions ne sont pas avancées, tout pourra guérir, tandis qu'on s'attaquerait sans succès à ces mêmes varices, si l'on n'avait soin d'enlever d'abord la cause de la compression; il sera intéressant encore de savoir si les varices peuvent se montrer dès le début d'une grossesse, durer autant qu'elle et disparaître après l'accouchement sans que le chirurgien ait à intervenir à aucun prix; il faudra s'informer si les dilatations variqueuses ne sont pas congénitales ou héréditaires, rechercher les signes des différents états constitutionnels dont peut dépendre l'état variqueux (arthritisme, herpétisme), ne fût-ce que pour instituer un traitement rationnel contre eux et mener de front la thérapeutique générale et locale. »

Partout on signale les varices simulées. Follin y consacre quelques lignes dans le tome II de son ouvrage, et les auteurs du *Compendium de chirurgie* y insistent. « Si, disent-ils, des personnes, pour se soustraire du service militaire ou pour exciter la pitié publique, essaient de simuler cette maladie en comprimant la cuisse circulairement avec un lien, elles ne peuvent parvenir qu'à une simple dilatation sans flexuosités, sans dilatations latérales. D'ailleurs, ce lien enlevé, les veines cessent d'être gonflées et, en les touchant, on ne les sentirait ni molles, ni flasques, comme elles le sont dans la phlébectasie. Enfin, pour peu que la constriction ait lieu pendant longtemps, le membre en conserverait des traces accusatrices. »

Le diagnostic des complications est toujours de la plus grande facilité, quand l'existence des varices a été reconnue : « Les ruptures externes ou interstitielles de varices accessibles sont aisées à diagnostiquer ; celles des varices profondes, situées soit inter, soit intra-vasculaires (jambes, abdomen), soit vaginales, utérines, etc., seront reconnues par les signes propres à chacune d'elles. Il en sera de même des inflammations, des ulcères, etc., des thromboses et de leurs conséquences, les embolies. »

Deux ans avant l'apparition de son article, M. Schwartz a pu en observer un cas très remarquable :

« Une femme de cinquante ans environ vint nous trouver pour se faire opérer d'une fistule recto-vulvaire très rebelle et qui donnait lieu à des ennuis de toutes sortes.

« Nous lui proposâmes la périnéoraphie après section complète et curage du trajet fistuleux. L'opéra-

tion fut pratiquée, et tout marchait à souhait le premier jour qui suivit l'opération, lorsque le lendemain elle fut prise d'accidents de suffocation avec cyanose, agitation, qui se renouvelèrent à deux reprises différentes et qui présentaient tout à fait les allures d'une embolie pulmonaire. C'est alors que nous examinâmes cette femme pour nous rendre compte du siège de la lésion qui avait bien pu donner naissance à l'embolie; elle avait des varices des deux jambes, superficielles et profondes, très développées, dont plusieurs étaient thrombosées. C'était évidemment là la cause des accidents survenus. La malade guérit.

« Cette observation nous apprend qu'il n'est peut-être pas indifférent de pratiquer des opérations longues qui exigent des déplacements et des mouvements des membres inférieurs chez des variqueux dont les veines sont thrombosées. »

MARCHE, PRONOSTIC

« La marche des varices est excessivement variable suivant les individus et dépend beaucoup des soins hygiéniques et chirurgicaux, et aussi, bien entendu, de la situation sociale dans laquelle ils se trouvent. La rapidité de leur développement et surtout leur extension ne sont soumises à aucune règle. » Ces quelques lignes forment à peu près le résumé de ce que l'on peut dire sur la marche des varices.

Convenablement soignées dès le début, les varices restent stationnaires; c'est ce qui arrive d'ordinaire chez les personnes intelligentes et qui peuvent, par le

fait de leur condition, éviter les efforts et la fatigue, causes communes de l'accroissement de l'affection. Ainsi, chez certaines personnes, l'état auquel Malgaigne a donné le nom heureux d'état varicoïde (dilatation sans grande altération des parois) peut durer des mois et permettre ensuite, une fois la cause enlevée, le retour à l'état normal. « Chez d'autres, au contraire, la dilatation tant soit peu permanente est accompagnée presque aussitôt de troubles nutritifs et de lésions des tuniques veineuses, qui constituent les varices proprement dites. La dilatation suivie de phlébite chronique ou l'accompagnant peut débuter presque soudainement, d'une façon aiguë, et Second (*Dict. Jaccoud*, t. XXXVIII, p. 257), après Gaujot, a montré des cas de varicocèle aigu évoluant très rapidement chez les jeunes soldats et se manifestant par des phénomènes inflammatoires très notables. »

La vieillesse, a-t-on dit, amènerait parfois la cure de l'affection variqueuse ; mais ce point est douteux et M. Quénu croit, avec Briquet, qu'elle n'agit qu'en obligeant les malades au repos, et qu'il vaut mieux dire, dans ce cas, diminution que guérison.

Cependant, la guérison spontanée paraît possible dans quelques cas; elle résulte alors de la coagulation du sang, de l'organisation du caillot et de l'oblitération de la varice sur une étendue plus ou moins grande.

Il se passe ici ce qui a lieu dans les artères oblitérées; les parois reviennent sur elles-mêmes et, le caillot se résorbant, elles finissent par adhérer. Cette guérison, malheureusement, n'est pas complète le plus souvent, ni radicale, car les anastomoses qui n'étaient pas variqueuses le deviennent, et voilà la maladie reproduite.

Dans tous les cas, on peut affirmer que, quel que soit le degré auquel l'affection est arrivée, il n'est pas rare de la voir rester stationnaire avec l'âge.

Dans un cas auquel on n'a pas trouvé d'analogue, Lindner a remarqué une observation de dilatation aiguë des veines sus-diaphragmatiques, et surtout des jugulaires, qui semble due à une altération des parois veineuses, avec modification rapide de leur résistance : c'est un vrai cas de varices aiguës.

Voici cette observation, rapportée par M. Schwartz : Un homme de 42 ans, d'un tempérament apoplectique, après avoir présenté pendant quelques jours des poussées congestives vers la tête et un aspect violacé comme cyanotique, présente des varices, ou plutôt des dilatations veineuses très marquées de toutes les veines patorales et jugulaires, et en particulier des tumeurs veineuses des jugulaires, fluctuantes, réductibles, développées en quelques jours ; après un traitement par les injections d'ergotine sous la peau, au niveau des dilatations les plus remarquables, le volume des renflements diminue peu à peu. Lindner se demande s'il a eu à faire à une altération d'origine nerveuse et par lésion du grand sympathique. M. Schwartz s'associe complètement à ses doutes à cet égard. Il n'y avait, d'ailleurs, aucune lésion cardiaque qui eût pu amener de semblables modifications de la circulation veineuse. Il est regrettable seulement que le malade n'ait pas été revu ; il eût été intéressant de savoir si les ectasies avaient complètement disparu au bout d'un certain temps.

Souvent les nécessités de la vie, la négligence des malades, aggravent l'affection ; la douleur augmente, œdème devient persistant, le membre se déforme, la

peau est sèche, luisante, les moindres plaies s'éternisent, et il en résulte une infirmité réelle, qui diminue sensiblement la capacité de travail. C'est surtout au-dessus des points où cesse la chaussure que le gonflement s'observe, surtout le soir dans les premières périodes. En tout cas, et ceci est très remarquable, jamais ces lésions ne dépassent le genou, quel que soit le développement des varices de la cuisse (*Compendium de chirurgie*, t. II).

Quelquefois, les varices ont une relation intime avec la menstruation. Bordeu, cité par M. Schwartz, donne l'observation d'une demoiselle qui eut les menstrues supprimées et remplacées par un écoulement sanguin abondant, fourni par un ulcère variqueux du pied; des varices qui survinrent à la jambe grossissaient étonnamment à chacune de ces hémorragies périodiques. Girod cite un autre cas où des varices suppléaient les règles et augmentaient à chaque époque menstruelle; des essais de compression amenaient presque aussitôt des accès de suffocation; lorsque les règles firent leur apparition, tous les accidents cessèrent et l'on put alors avec fruit employer les bandages compressifs.

Pour résumer ce que nous venons de développer dans ce chapitre, nous pouvons dire que, le plus souvent, « la phlébectasie arrive sourdement, insidieusement; on observe d'abord des varicosités, des taches pigmentaires, puis de la dilatation des veines superficielles; enfin, se montrent les tumeurs et les renflements variqueux. Lorsque les varices ont atteint un certain degré, elles peuvent rester stationnaires, surtout si un traitement rationnel intervient. Chez certaines personnes, tout se borne à l'existence de varicosités avec symptômes de varices profondes; chez d'autres, la sa-

phène interne est dilatée; chez d'autres, ses branches et celles de la saphène externe sont variqueuses; dans quelques cas, enfin, tout le système veineux du membre inférieur est devenu malade; les varices sont si nombreuses et si volumineuses que celui-ci est quelquefois doublé de volume et absolument difforme. »

Bien entendu, nous n'avons parlé ici que de la marche et du pronostic des varices qui ne présentent pas de complications; mais celles-ci sont malheureusement très fréquentes; nous devons y insister longuement et nous verrons qu'elles modifient profondément, comme on doit s'y attendre, la marche et le pronostic.

Nous n'avons non plus rien dit ici des varices chez les femmes enceintes, leur étude devant donner lieu à un chapitre spécial.

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS DES VARICES

Les complications et les accidents des varices sont nombreux et forment un des chapitres les plus intéressants de leur étude.

Néanmoins, nous devons dire, dès le début, que certaines de ces complications n'ont rien de bien spécial aux varices et que nous y insisterons fort peu, réservant la presque totalité de ce chapitre aux trois accidents véritables et fréquents des varices: la phlébite variqueuse, les ruptures et les ulcères avec les lésions cutanées qui les accompagnent.

C'est ainsi que nous ne ferons que signaler l'érysipèle. « Il arrive souvent, dit Follin, que, par excès de fatigue ou à la suite d'une contusion sur la veine, il survient une inflammation érysipélateuse, suivie d'une

infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si la cause qui a fait développer cet érysipèle continue d'agir, celui-ci s'étend, gagne le tronc et devient une complication des plus graves. »

Sous les moindres influences, on peut voir aussi se développer un phlegmon diffus ou circonscrit, parfois gangreneux, ainsi que l'a signalé Gauthier. De petits abcès se forment sur le trajet de la veine; souvent la veine elle-même ne reste pas étrangère à ces inflammations de voisinage et devient le siège d'une phlébite. On a également attribué à des bourses séreuses accidentelles, développées au niveau des ampoules variqueuses et enflammées, la propagation de l'inflammation à la paroi veineuse; mais, disent Poulet et Bousquet, ce sont là des hypothèses.

PHLÉBITE VARIQUEUSE

C'est là une complication fréquente des varices, surtout chez les individus qui ne s'observent pas. En outre des causes externes locales, la phlébite variqueuse reconnaît aussi et souvent des causes d'ordre général ; il va sans dire qu'il peut y avoir complication étiologique.

Elle a été l'objet de nombreux travaux dus à Nivert (1862), Marquet, Richard ; mais c'est surtout Maydieu qui s'est attaché particulièrement à l'étude de la phlébite variqueuse en général, et Budin à celle de cette affection chez les femmes en couches, chez qui l'action de l'état puerpéral se fait sentir trois ou quatre semaines après l'accouchement. Nous étudierons, d'ailleurs, la phlébite des variqueuses puerpérales dans un chapitre spécial.

Les divers travaux que nous venons de citer tendent à démontrer l'influence de l'état général sur la prédisposition à la phlébite variqueuse.

Divers états pathologiques aigus ou chroniques

peuvent devenir cause de cette affection. Bouilly et Maydieu admettent une phlébite variqueuse post-fébrile. De même, l'alcoolisme, la goutte, y prédisposent. Enfin, il y aurait une sorte de phlébite marastique qui se rencontrerait sur les varices des cachectiques.

Quant aux causes locales, ce sont des marches forcées, des contusions, l'application de corps irritants sur la peau, des efforts violents comme ceux qui donnent lieu au coup de fouet, qui souvent donneraient lieu, comme nous le verrons, à l'inflammation veineuse. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* enseignent qu'elle attaque plus souvent les malades qui ont des ulcères variqueux que ceux qui n'ont que de simples varices.

Dans les cas où la phlébite variqueuse est la conséquence d'un état général défectueux, elle se développerait, d'après Maydieu, par un mécanisme analogue à celui des thromboses dites spontanées ; il y aurait une altération particulière du sang, suffisante à elle seule pour ramener la coagulation et l'inflammation de la paroi veineuse.

« Les lésions anatomiques de la phlébite variqueuse (Schwartz) ne diffèrent pas de celles que l'on observe dans la phlébite en général ; il en existe deux degrés : dans l'un, l'irritation se borne à la veine ; dans l'autre, elle s'étend aux parties voisines, périphériques à la varice ou aux paquets variqueux, car c'est souvent ces derniers qu'atteint l'inflammation. Nous ne retracerons pas ici les signes de la phlébite, qui nous sont déjà connus ; qu'il nous suffise de dire que souvent elle se termine par l'oblitération des veines ou des paquets veineux, qui se montrent alors sous forme de cordons

durs ou de nodosités plus ou moins volumineuses qui diminuent plus tard et peuvent même se réduire à très peu de chose : témoin le fait d'Hodgson. La phlébite peut rester localisée, mais aussi elle peut s'étendre et, après avoir débuté par les veines de moyen calibre, atteindre la veine principale d'un membre, voire même se propager à l'autre extrémité, comme le professeur Verneuil en a vu un remarquable exemple. On conçoit toute la gravité du processus en ces cas-là et les désordres fonctionnels qui en résultent (œdème persistant ou apparaissant très facilement, lourdeur et fatigue du membre, etc.). La phlébite qui a débuté par des varices profondes peut aussi s'étendre aux varices superficielles, comme Terrillon nous en a rapporté un cas. Ce n'est pas tout : les malades atteints de phlébite oblitérante peuvent être enlevés par le détachement d'une embolie qui va se loger dans le cœur ou dans les poumons. »

Chadenat, dans sa thèse, rapporte cinq cas de mort subite par embolie, dont trois seulement sont probants. Toutes les fois, c'étaient des embolies parties des veines variqueuses enflammées de la jambe qui sont allées se loger dans les branches de l'artère pulmonaire (Paris, 1874). Budin rapporte, dans sa thèse, une observation de phlébite chez une femme enceinte, chez laquelle la coagulation remontait du mollet à la veine cave et qui mourut rapidement d'embolie pulmonaire (observation résumée par M. Schwartz). Heureusement, cet accident est rare. Aussi rare, d'après Blot, est la guérison complète, c'est-à-dire la disparition des varices à la suite d'une phlébite adhésive spontanée. Il en a cependant communiqué deux cas à la Société de chirurgie.

« Lorsque la varice enflammée est suppurée, ce qui est une terminaison rare (Schwartz), il faut se rappeler qu'il y a souvent plusieurs petits abcès isolés et distincts les uns des autres, et, avant de les ouvrir, on ne doit pas confondre la fluctuation d'un point abcédé avec celle d'une veine variqueuse.

« Très souvent, lorsqu'un paquet variqueux s'enflamme, l'inflammation retentit sur les tissus périphériques et donne à l'affection les allures d'un phlegmon circonscrit ou plus rarement diffus. Dans ces cas, même lorsque le phlegmon suppure, la phlébite ne se termine qu'exceptionnellement par infection purulente. Cependant Valette (de Lyon), dans sa *Clinique chirurgicale*, rapporte (p. 123) un cas de varices compliquées d'ulcère, qu'il était décidé à opérer, lorsque le malade fut pris d'une phlébite suppurée, qui amena elle-même l'infection purulente à laquelle il succomba au bout de trois jours. »

A la suite de phlébites variqueuses assez étendues, on observe assez souvent, non pas la guérison, mais bien la production de nouvelles dilatations à côté des veines qui ont été oblitérées par l'inflammation. Les phlébites profondes avec oblitération se traduisent, par exemple, par la production des varices superficielles plus étendues, et réciproquement; bien plus, des varices superficielles à peine marquées prennent quelquefois un grand développement et s'étendent très rapidement après inflammation de varices profondes.

Terminons ici en disant que toutes les inflammations qui peuvent compliquer les varices affectent souvent une marche chronique, avec induration consécutive et engorgement des parties qui ont été envahies, et n'ou-

blions pas de signaler le pied-bot phlébitique, décrit, par le professeur Verneuil, comme conséquence de ces lésions.

A la suite de la phlébite, il est naturel de dire quelques mots sur la thrombose.

« La thrombose totale des veines variqueuses, dit M. Schwartz, est rare lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une phlébite qui en est presque inévitablement la conséquence. Dans ce cas, on sent par le palper des cordons durs, noueux, sur une étendue plus ou moins grande, sans inflammation périphérique, indolents, caractères qui distinguent la thrombose simple de la phlébite. La thrombose des veines profondes est très difficile à reconnaître. S'il est rare de trouver une thrombose totale sans phlébite, il l'est bien moins de découvrir dans les veines variqueuses des caillots allongés, formés pendant la vie, impossibles à reconnaître cliniquement, puisqu'ils n'obturent pas complètement la lumière du vaisseau dans lequel ils sont contenus et n'apportent pas, par conséquent, un obstacle très sérieux au cours du sang qui les traverse. Ces caillots, quoique remplissant incomplètement le calibre de la veine variqueuse, se moulent néanmoins sur sa forme générale, se renflant là où existent des dilatations variqueuses, se rétrécissant là où la veine diminue de diamètre ; ils se prolongent quelquefois très loin et forment comme un cordon replié, suivant toutes les sinuosités de la veine malade. C'est à ces caillots que les anciens avaient donné le nom de dragonneau. Ces aspects se retrouvent dans un assez grand nombre de veines variqueuses, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on les constate. »

Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies,

comme nous le savons, et c'est aux thromboses de varices profondes que Le Dentu (Société de chirurgie, 1875) attribue les embolies que l'on observe après les fractures et les traumatismes graves de jambe. Cette discussion eut lieu à la suite d'une observation de M. Tillaux sur un malade qui succomba à une embolie cardiaque constatée à l'autopsie, les veines n'étaient pas variqueuses. « Par contre (Schwartz), nous trouvons dans la thèse de Levrat sur les embolies veineuses d'origine traumatique (1890) une observation au moins qui paraît appuyer l'idée émise plus haut. C'est l'observation III de son travail.

« Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui se présente à la visite du Dr Browne pour une contusion à la jambe gauche. La lésion paraissait sans importance. Comme le malade avait de nombreuses varices et que la contusion semblait les avoir rendues plus proéminentes, on lui recommanda de prendre la position horizontale. Au bout de peu de jours, il quitta l'hôpital, muni d'un bas à varices ; quinze jours après, il fut pris d'accidents lipothymiques et mourut. A l'autopsie, on trouva des caillots au niveau des varices et un autre qui commençait au-dessus de l'oreillette droite et se prolongeait dans la veine cave. »

Il nous est impossible, ajoute en terminant M. Schwartz, en lisant l'observation II d'Azam et surtout la fin, l'examen des veines du mollet, de ne pas être frappé de la ressemblance de toutes ces lésions avec celles des varices thrombosées. Le malade avait succombé à une embolie pulmonaire à la suite d'une fracture de jambe.

DES RUPTURES DES VARICES

Quand les varices sont volumineuses et que ceux qui les portent n'ont pas la précaution de les maintenir comprimées au moyen d'un appareil convenable, la peau adhérente à la veine s'amincit tellement que, sous l'influence de la moindre distension, la veine se rompt et donne lieu à un écoulement de sang au dehors. Mais ce n'est pas tout : les varices peuvent aussi se rompre, soit sous la peau, soit dans la profondeur et produire alors des épanchements sanguins plus ou moins abondants, dénommés thrombus, au niveau de la vulve. Ces épanchements peuvent eux-mêmes devenir le point de départ d'inflammation des veines des tissus environnants. De là deux grandes variétés de ruptures des varices : ruptures externes et ruptures interstitielles.

Nous ne ferons que signaler les ruptures internes dans les grandes cavités, péritoine, plèvre et méninges.

Ruptures externes. — « Les ruptures externes résultent de l'amincissement considérable de la peau au niveau d'une ampoule veineuse (Schwartz) ; elles ont pour cause directe soit un effort considérable,

soit encore un traumatisme directement appliqué sur la varice, mais qui peut être de très peu d'importance. Chez quelques sujets, d'après les auteurs du *Compendium*, la déchirure de la veine et du tégument à son niveau est précédée d'une légère douleur, des symptômes d'une inflammation superficielle et très bornée, qui dure depuis quelques jours ; chez d'autres, elle est annoncée par l'existence d'une petite tache violacée ecchymotique, assez mal circonscrite et qui semble annoncer déjà la rupture de la paroi veineuse même. Il suffit alors d'une cause minime pour amener l'éclatement et l'hémorragie qui en est le résultat. Enfin, l'écoulement de sang peut résulter de l'ouverture de la veine variqueuse par une ulcération. Il est remarquable de voir combien la douleur est minime, puisque le plus souvent les malades ne sont avertis de l'accident que par la sensation d'un liquide chaud qui leur coule sur la jambe, tantôt en bavant, tantôt, au contraire, lorsque la partie est découverte, en jet assez gros, qui devient saccadé et rutilant, pour peu que l'hémorragie persiste. »

J.-L. Petit, qui avait signalé cette fréquence de la rutilance du sang, l'explique en disant que le sang passe si promptement des artères dans les veines, au niveau des tumeurs variqueuses, qu'il n'a pas le temps de se désartérialiser dans les capillaires élargis et qu'il ne perd pas même toute sa force d'impulsion. Telle est la cause de ce phénomène si surprenant au premier abord.

L'hémorragie peut être légère, si le malade s'en aperçoit immédiatement et peut l'arrêter par la compression. Il n'en est pas ainsi la plupart du temps. Presque toujours, en effet, elle est abondante, et le

malade, en cette occurrence, éprouve toutes les suites ordinaires d'une hémorragie : pâleur, tintements d'oreille, etc., et, s'il ne se tient pas calme, dans une position horizontale, ou s'il ne survient pas une syncope, la mort peut s'ensuivre, bien que J.-L. Petit ait avancé que, dans ces cas, le sang s'arrêtait quand la tumeur était vide de celui qu'elle contenait. Pour lui donc, le sang qui s'écoulait était depuis longtemps hors de la circulation, et, à ses yeux, il n'y a d'accidents sérieux à redouter que lorsque les varices se rompent seules, la peau restant intacte, et que le sang s'épanche dans le tissu cellulaire, car alors se manifestent une tension douloureuse, l'inflammation, la suppuration et des abcès gangreneux. J.-L. Petit accordait si peu de gravité à l'hémorragie extérieure, qu'il saigna 120 fois sans inconvénients une dame obèse sur une ampoule variqueuse.

Briquet s'est fortement élevé contre cette idée de la bénignité des varices et a montré les dangers non seulement actuels, mais encore lointains, l'affaiblissement des malades, l'anémie et toutes les complications qui en résultent. « Les cas de mort par rupture des varices, dit M. Schwartz, ne sont pas une rareté ; néanmoins, ce sont surtout celles des varices vulvaires pendant la grossesse qui occasionnent la mort plutôt que celles des varices des membres inférieurs. » Mais nous traiterons spécialement de ce sujet en étudiant les varices chez les femmes enceintes.

« On trouve cependant dans la science un assez grand nombre de faits de mort par rupture des varices des membres inférieurs; c'est ainsi que Copernic aurait succombé; Lombard (*Clinique des plaies récentes*, an VI) cite deux cas de mort, Debout un cas, dès 1743,

J.-L. Petit en avait déjà signalé un ; Amussat et Murat ont communiqué deux faits semblables à l'Académie de médecine (1826) ; dans l'un, il s'agissait d'un homme, dans l'autre d'une femme enceinte ; chez les deux, la saphène interne fut le siège d'une hémorragie et la compression fut impuissante à l'arrêter chez la femme grosse. Velpeau (*Médecine opératoire*, t. II, p. 262) cite une dizaine de cas. Rey (*Archives de médecine*, 1829) rapporte un cas où une hémorragie mortelle se fit par un ulcère variqueux ; la mort eut lieu en dix minutes. Plus près de nous, Polaillon a raconté, dans les *Annales de gynécologie*, l'histoire d'une femme enceinte qui mourut d'hémorragie par rupture d'une varice d'une veine malléolaire ; on constata que des jarretières très serrées sur lesquelles l'attention ne s'était pas portée avaient empêché l'hémostase ; à côté de ce fait s'en place un second presque semblable. »

Presque toujours la rupture ou plutôt l'ouverture se fait sur une veine de la partie inférieure de la jambe, le plus souvent au-dessus de la malléole interne.

Lorsque l'hémorragie a cessé, si l'on veut examiner l'ouverture par laquelle s'écoulait le sang, on n'y trouve guère, le plus souvent, qu'un petit pertuis qui permet à peine l'introduction d'un stylet. Cette ouverture est tout à fait disproportionnée avec le volume du jet, ce qui tient probablement à l'élasticité de la paroi veineuse, qui se laisse élargir sous la pression du sang, de même que l'orifice qui lui donne issue. La cicatrisation se fait très rapidement, et, presque toujours, la cicatrice n'est pas apparente, à moins toutefois qu'il n'y ait eu une ulcération véritable.

Ruptures interstitielles. — Ces ruptures s'observent souvent aux membres inférieurs, plus souvent à la

vulve, où elles constituent des tumeurs sanguines, désignées sous le nom de thrombus, sur lesquelles nous insisterons dans un autre chapitre.

Bryant et Cazin ont tous deux rapporté un fait où le sang provenant de la rupture sous-cutanée d'une varice du membre inférieur s'est épanché dans le tissu cellulaire. Celle de Bryant, citée par Budin dans sa thèse, a trait à une femme de trente-six ans, qui avait eu un grand nombre d'enfants et portait des varices volumineuses aux jambes. En entrant à l'hôpital, elle raconta que, la veille, pendant qu'elle était à table, elle éprouva subitement une sensation comme si quelque chose se déchirait dans sa cuisse, qui devint le siège d'une tuméfaction de plus en plus considérable. Lors de son entrée, cette tumeur qui occupait le côté interne de la cuisse gauche, immédiatement au-dessus du genou, était très volumineuse; sa capacité pouvait être d'un litre environ. Le diagnostic était d'ailleurs des plus faciles. On se contenta de tenir la malade au repos, et le sang épanché fut rapidement résorbé.

L'observation de Cazin a trait à une pêcheuse qui, au septième mois de sa huitième grossesse, eut, par suite d'un choc, une rupture sous-cutanée d'une varice grosse comme le petit doigt et située un peu au-dessous de la tubérosité tibiale du côté droit. Elle guérit par des applications réfrigérantes de l'eau de Goulard et un repos absolu, mais ne put remarcher qu'au bout de vingt jours.

« Nous avons vu, dit M. Schwartz, que les muscles du mollet étaient sillonnés, chez les variqueux, par des varices profondes très développées ; celles-ci peuvent-elles se rompre ? Jusqu'en 1877, on ne s'était

guère occupé de cette question, lorsque Verneuil lut, au congrès de Clermont-Ferrand, une note sur certaines formes graves du coup de fouet. Après une étude critique sur les différentes théories éditées sur la pathogénie du coup de fouet (ruptures tendineuses complètes et incomplètes des tendons et des aponévroses des jumeaux, du soléaire, du plantaire grêle), il arrive à la conclusion qu'il n'est guère possible d'expliquer par elles certaines formes graves pouvant amener la mort, caractérisées par du gonflement, des phénomènes inflammatoires diffus, etc.; il arrive, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations de coups de fouet graves, observés chez des variqueux, à la conclusion que certaines formes de cette affection sont dues à des ruptures variqueuses profondes, avec épanchement sanguin, possibilité de thrombose, de phlébite, d'embolies même pouvant amener la mort. Malheureusement, aucune autopsie n'est encore venue démontrer la réalité de cette conception clinique, qui, pour nous, paraît indiscutable. »

Pour donner une idée de la symptomatologie fournie par cette lésion, nous citerons l'observation II de Verneuil, rapportée par M. Schwartz :

Dans les premiers jours de juin 1876, je fus consulté par M. R..., âgé de quarante ans, de haute taille, très vigoureux, grand chasseur et très habile à tous les exercices corporels. Il me raconta qu'un an auparavant, en franchissant un fossé, il avait été subitement pris dans le mollet droit d'une douleur violente, qui tout d'abord avait rendu la marche insupportable. Cependant, au bout d'une demi-heure, le blessé put progresser, quoique avec peine, et regagner sa voiture laissée à une demi-lieue environ.

Rentré chez lui, R... fit appeler un médecin, qui reconnut un coup de fouet et prescrivit le repos et les applications résolutives. Dans la soirée, le gonflement était si marqué que la jambe avait acquis un volume considérable. Deux jours plus tard apparaissait une ecchymose qui rendit le membre tout noir, depuis le genou jusqu'aux chevilles. Les mouvements volontaires et les pressions étaient fort pénibles, mais les douleurs spontanées se calmèrent peu à peu. Le malade ne resta pas moins de deux mois et demi dans la position horizontale, car la moindre tentative de station ou de marche ramenait les souffrances et augmentait le gonflement. Au bout de ce temps, tous les symptômes locaux disparurent et R... reprit l'usage de son membre Toutefois, il lui fut impossible de chasser, ni même de marcher longtemps. En effet, tout exercice un peu violent ou prolongé amenait du gonflement, de l'engourdissement et de la faiblesse.

Verneuil vit alors le malade (Schwartz) chez qui son médecin avait reconnu l'existence de varices ; il constata d'une façon certaine l'état variqueux superficiel et conclut que M. R... était variqueux depuis longtemps sans le savoir et que l'accident de l'année précédente n'avait été autre chose qu'une rupture veineuse, suivie de phlébite légère qui avait aggravé l'état de la lésion, latente jusqu'alors.

« Des quatre autres observations, toutes sont remarquables par la constance des conditions suivantes : individus atteints de varices superficielles et profondes ou seulement de varices profondes ; dans un effort, sensation, craquement avec douleur intense, gonflement considérable du mollet, phénomènes subinflammatoires ou inflammatoires consécutifs. »

« Le malade de l'observation I eut, consécutivement à son coup de fouet double (des deux mollets), une phlébite de tout le membre inférieur gauche d'abord, s'étendant bientôt au membre droit, avec phénomènes généraux sérieux. La guérison survint, mais fut lente. Celui de l'observation III eut, après le coup de fouet et après une imprudence, une phlébite terminée très probablement par une infection purulente (autopsie non faite). Dans l'observation IV, nous voyons un variqueux atteint d'un coup de fouet mourir subitement quelque temps après, avec des signes qui ressemblent on ne peut plus à ceux d'une embolie. Enfin, dans l'observation V, nous retrouvons presque le tableau de l'observation I. Dans la seconde partie de son travail, Verneuil rapporte quelques faits de coups de fouet chez des sujets non variqueux et montre la grande différence clinique et surtout pronostique. Il termine par quelques conclusions que l'avenir, dit-il, aura à confirmer, à infirmer ou seulement modifier. »

M. Terrillon a rapporté, en 1882, trois nouvelles observations qui, quoique non terminées par l'autopsie, confirment néanmoins les propositions f rmulées par son maître. Les voici brièvement résumées d'après M. Schwartz : 1° Femme de soixante-quatorze ans ; varices pendant ses grossesses, hémorrhoïdes ; actuellement, signes certains de varices profondes. Pendant un effort pour se relever, coup de fouet de la jambe droite, suivi de gonflement ; peu après, apparition d'une ecchymose longitudinale..... Guérison par le repos et application résolutive. Nouveau coup de fouet huit mois après, gonflement de la jambe au niveau du mollet, qui est très douloureux à la palpation ; douze jours après, apparition d'une ecchymose

très étendue; diminution du gonflement, sensation de noyaux durs dans la masse charnue du mollet. Guérison, mais avec augmentation progressive de varices superficielles. Bas élastiques.

2° Peintre de cinquante-huit ans, variqueux. Coup de fouet, gonflement douloureux du mollet. On sent du côté du creux poplité et profondément, quelques jours après l'accident, des cordons durs et douloureux qui ne peuvent être que des veines thrombosées; deux jours plus tard, extension aux veines superficielles, qui se thrombosent (saphène externe), œdème de la jambe et du pied. Traitement par la compression ouatée. Résolution. Bas élastiques avec genouillères. Guérison.

3° Homme de quarante ans, variqueux. Coup de fouet, signes manifestes d'un épanchement sanguin dans le mollet. Apparition, trois jours après l'accident, d'une ecchymose, qui s'étend peu à peu. Sensation des veines thrombosées se dirigeant vers le creux poplité. Compression ouatée; bas élastique, ensuite guérison.

« M. Terrillon, dit M. Schwartz, ne doute pas qu'on ait été en présence, dans ces cas, d'une rupture de varices profondes, d'autant plus que l'effort qui a donné lieu à la lésion a été, chez les trois sujets, relativement peu considérable. On sait combien sont fragiles les ampoules veineuses dilatées. Il cherche à expliquer comment le sang épanché profondément apparaît quelquefois à la surface, malgré la barrière que lui oppose l'aponévrose jambière; il pense que c'est par les trous qui livrent passage aux anastomoses entre les veines superficielles et profondes que se fait l'infiltration sanguine, quand l'épanchement est constitué dans leur voisinage; il explique de même la transmission des inflammations profondes vers la sur-

face. Il termine en insistant sur le traitement, qui doit consister dans le repos absolu, la compression lente et graduée pour résorber le liquide épanché et immobiliser en même temps une partie opposée à l'inflammation veineuse. La thèse de Clary (1883) n'ajoute rien de nouveau aux faits précédents.

« En résumé, quoique les preuves anatomo-pathologiques fassent encore défaut, nous croyons, d'accord avec le professeur Verneuil et M. Terrillon, qu'il existe des formes de coup de fouet graves, caractérisées par des ruptures variqueuses pouvant amener la thrombose, la phlébite et leurs conséquences graves. »

Nous n'étudierons pas ici les ruptures variqueuses interstitielles siégeant au niveau des hémorrhoïdes (Lannelongue, art. Hémorrhoïdes, *in Dict. de méd. et de chir. pratiques*) et de varicocèle (*Ibid.*, Segond, art. Varicocèle). Nous rappellerons seulement avec M. Schwartz, à cause du volume de la tumeur et de la quantité de sang épanché, la rupture d'un varicocèle dans son trajet inguinal. « Toute la paroia bdominale fut infiltrée de sang, ainsi que le scrotum et une partie de la racine de la cuisse. La rupture s'était produite pendant un effort de toux et avait été annoncée par une douleur violente et un craquement perçu par le malade. »

Quant aux ruptures des varices viscérales (stomacales, œsophagiennes, vésicales), elles se rattachent à des affections spéciales des organes où sont situées les veines variqueuses; elles en constituent même souvent un des symptômes et ne peuvent rentrer dans une description générale.

Nous signalerons aussi, sans y insister, les ruptures qui affectent une veine variqueuse absolument inaccessible au chirugien, telle que l'azygos, etc. (Schwartz).

ULCÈRES VARIQUEUX

Étiologie et pathogénie — « Les ulcères variqueux, dit M. Reclus, constituent le gros des ulcères simples », et les auteurs ont beaucoup discuté (Schwartz) sur les relations qui existent entre les varices, d'une part, et la production des ulcères dits variqueux, de l'autre. Actuellement encore, on n'est pas tout à fait d'accord à ce sujet. Gilson, dans son article (*Dict. de médecine, et de chirurgie pratiques*, article Ulcère et ulcération), expose tout ce qui est relatif à l'histoire de cette question encore controversée, que nous allons essayer de résumer d'après MM. Schwartz et Reclus.

Ce qui montre bien qu'il n'y a pas une relation absolue entre l'ulcère et les varices, c'est que des individus très peu variqueux sont atteints d'ulcères étendus, tandis que d'autres qui portent des varices très volumineuses ne présentent aucune tendance à l'ulcération des téguments ; bien plus, un ulcère peut se développer sur un membre dont les veines profondes sont seules variqueuses, ainsi que le démontre Séjournet dans sa thèse (observation XIII).

« L'influence de la dilatation veineuse, dit M. Reclus, semble perdre un peu de terrain. On a remarqué, en

effet, depuis nombre d'années, que les grosses varices ampulaires qui recouvrent parfois les membres de leurs énormes nodosités s'accompagnent fort rarement d'ulcères, bien plus fréquents dans les cas de varices profondes, ainsi que Verneuil l'a montré jadis, et surtout dans les phlébectasies cutanées, dans les veinosités superficielles et ténues. Le professeur Le Fort insiste particulièremeut sur les dangers que ces dernières variétés font courir à la nutrition régulière de la peau. N'est-il pas de toute évidence que les altérations des petits vaisseaux retentissent plus directement sur la vitalité des éléments anatomiques dont le milieu organique est souvent modifié par un œdème persistant? Les veines n'agissent donc que par le trouble qu'elles apportent dans l'exercice régulier des échanges nutritifs. »

Les artères, d'ailleurs, ont aussi leur part de responsabilité et les recherches de Michel Schreder, de Rienzi, de Quénu et de Gilson prouvent que la dégénérescence athéromateuse de leur paroi est presque de règle ici. C'est ainsi que (Reclus), sur 9 autopsies, ils ont trouvé 6 fois des altérations de cet ordre; la clinique confirme le fait et en prouve l'exactitude par les tracés sphygmographiques et la palpation des vaisseaux. De plus, les nerfs eux-mêmes peuvent être atteints. « Le cas que j'ai publié avec Gombaut, dit M. Reclus, a le mérite d'être le premier en date, mais il est loin d'avoir la rigueur des faits étudiés plus tard par Quénu, et c'est bien à lui que revient le mérite d'avoir démontré que les ulcères s'accompagnent de lésions fort nettes des cordons nerveux. Sur six cas pris au hasard, six fois il les a constatées. »

Elles consistent en « une sclérose à la fois intra et

extra-fasciculaire, provoquée elle-même par la dilatation variqueuse des vasa nervosum ; la phlébectasie prend les gros et les petits vaisseaux et ne respecte pas les veinules des cordons nerveux. Les varices seraient donc deux fois coupables : on les accusait déjà de provoquer l'ulcération par l'œdème et les troubles nutritifs qu'il entraîne ; on les convainct d'y aider encore par l'intermédiaire des nerfs dont les lésions se traduisent par des phénomènes de dystrophie. Les os, eux aussi, peuvent être atteints ; nous avons signalé des cas où, des hypertrophies énormes ayant plus que triplé le volume du tibia et du péroné, ceux-ci soulevaient le tissu cellulaire, comprimaient les vaisseaux, distendaient les téguments et diminuaient encore la résistance de leurs tissus.

« Nous avons donc, avant l'ulcère et pour expliquer son apparition, des lésions primitives des veines, des artères des nerfs et parfois des os. Mais, en recherchant si une cause supérieure ne provoquerait pas ces altérations des divers tissus de la jambe, on a remonté jusqu'à un état constitutionnel tenant sous sa dépendance les varices et l'athérome, les scléroses nerveuses, les hyperostoses et nombre d'autres troubles trophiques observés chez les individus atteints d'ulcères de jambe : lésions des poils et des ongles, éruptions cutanées, oignons, déformations articulaires, du rhumatisme chronique, eczéma, migraine. Cette cause génératrice serait l'arthritisme. Grâce à cette complication nouvelle, nos ulcères simples seraient pleinement dans le groupe des ulcères diathésiques, dont ils avaient été détachés avec tant de soin par les pathologistes. »

D'après Gilson, dans son article, et Auguste Broca

dans sa thèse, l'enchaînement des causes qui, en dernière analyse, amèneront l'apparition de l'ulcère serait le suivant : un même état constitutionnel, l'arthritisme, préside à la fois aux lésions artérielles et aux lésions veineuses, voire même aux lésions nerveuses, qui pourraient être primitives et ne seraient pas toujours déterminées par les dilatations variqueuses ; mais bientôt ces lésions, retentissant les unes sur les autres, aggraveraient encore le mal. D'artère à veine, de veine à nerf, dit Broca, et nous ajouterons de nerf à os et d'os à peau, il y a échange réciproque de mauvais procédés, et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes un lieu de moindre résistance, à y rendre les tissus « infirmes », pour employer une expression de M. Besnier.

Les tissus étant ainsi prédisposés, qu'un accident quelconque s'abatte sur eux, et l'ulcère s'établira : « Un traumatisme insignifiant, une inflammation légère, une phlébite ampullaire ou serpentine, suppurée et ouverte, le moindre petit abcès variqueux, la dermatose la plus fugace, suffisent pour créer la première perte de substance, la solution de continuité qui, grâce à la nutrition insuffisante du membre, va dégénérer en ulcère. Les éléments anatomiques, déjà à demi morts dans leur milieu organique déséquilibré, tomberont au premier choc, à la première atteinte inflammatoire. Ajoutons, et Broca insiste beaucoup sur ce fait, que l'arthritisme, cause première qui a présidé aux altérations originelles des artères, des veines et des nerfs, préside encore à l'apparition de l'eczéma, cause seconde si fréquente du processus ulcératif. Si l'eczéma vient s'abattre sur la jambe et non ailleurs, c'est que les varices ont fait du

membre inférieur un lieu de moindre résistance. »

En somme, nous pouvons dire, avec Broca, que, aujourd'hui, la nature du terrain sur lequel la lésion évolue est assez bien connue ; mais, en général, on s'était peu occupé jusqu'à nos jours de la nature primitive de cette lésion. John Gay (1878) a eu raison de dire : « Je ne pense pas qu'il existe une notion claire sur la distinction spécifique entre les ulcères variqueux et les autres ulcères de jambe, siège favori des ulcères de diverses variétés, et sur le moyen de leur diagnostic. »

La question avait été mieux posée, dès 1835, par J.-C. Spender, dans un travail peu connu en France et qui a été résumé par Auguste Broca. « Les ulcères de jambe, dit l'auteur, ont une grande fréquence, souvent expliquée par la déclivité du membre, par son éloignement du centre circulatoire, par son exposition facile aux traumatismes. Mais ces conditions existent chez tous les sujets. Il faut donc une autre explication, et on la trouve dans une altération pathologique palpable, dans l'état variqueux des veines. Et ,pour comprendre la production des varices, la gêne naturelle de la circulation des membres inférieurs ne suffit pas davantage. Il faut y joindre ou bien un arrêt mécanique de la circulation veineuse par obstacle accidentel, ou bien un affaiblissement par cause interne de la paroi vasculaire. Les varices sont un fait capital dans la pathologie des ulcères de jambe ; elles ne sont pas la conséquence (comme on le disait couramment alors), mais la cause. Elles donnent lieu à des inflammations veineuses et péri-veineuses d'où résulte tantôt un amincissement extrême de la peau, tantôt un épaississement avec état spongieux. D'autre part, la circu-

lation est gênée, le membre s'infiltre, sa vitalité diminue, et avec elle sa résistance aux traumatismes; cela peut aller jusqu'à la production spontanée d'ulcères.

« Mais souvent les varices sont perdues dans l'empâtement qu'elles provoquent, et c'est pour cela que Bell, Underwood, E. Home, méconnaissent leur fréquence. »

En outre, bien des affections éruptives surviennent sur les jambes plus souvent qu'ailleurs, et cela est dû aux varices. Cette opinion est exprimée par J.-C. Spender (p. 51) avec une netteté absolue (cité par Auguste Broca) : « Les jambes sont, comme le reste du corps, le siège d'ulcères spécifiques, résultant d'une infection de l'organisme. La raison qui fait localiser ces ulcères aux membres inférieurs, de préférence aux autres parties du corps, peut être due à la coïncidence des deux causes exposées ci-dessus. L'exposition du membre aux violences extérieures le rend sujet aux blessures, tandis que la présence des varices le rend enclin à s'ulcérer; et une blessure ou un ulcère une fois formés prennent un caractère spécifique quand il existe dans l'organisme une disposition capable de le produire. »

« Il faut donc, ajoute Auguste Broca, comme cela est généralement admis, diviser les ulcères en locaux et diathésiques; mais, dans chacune de ces classes, il y a à distinguer les ulcères variqueux et différencier, par exemple, l'ulcère syphilitique variqueux et l'ulcère syphilitique non variqueux. Cette notion est capitale pour le traitement; toutes les fois que la phlébectasie existe, on doit avoir recours à la compression. Quand il y a une cause générale, il est

nécessaire de s'adresser à elle en même temps ; et, pour s'en rendre compte, quand on est en présence d'ulcères éruptifs, on doit regarder s'il n'y a rien d'analogue sur le reste du corps. »

Telles sont les principales idées développées par J.-C. Spender. C'est, en somme, celles qu'Auguste Broca reprend dans sa thèse, surtout pour montrer l'importance des éléments éruptifs dans la production des ulcères variqueux.

Nous avons vu tout à l'heure que les ulcères se produisent assez souvent avant la dilatation du réseau veineux superficiel. Si, aujourd'hui, le fait nous paraît des plus simples, puisque la phlébectasie, ainsi que l'a démontré Verneuil, débute presque constamment par les veines profondes, cette interprétation n'était pas admise autrefois. Tout le monde, comme le dit Auguste Broca, pensait que les varices profondes étaient exceptionnelles, si même elles existaient. Aussi, la doctrine classique, celle de J.-L. Petit (p. 530), de Bell, d'Undervood, d'Everard Home, était-elle que les ulcères peuvent se compliquer ultérieurement de varices, dont ils sont la cause et non l'effet. Vidal de Cassis exprime cette opinion de la manière suivante : « C'est aux jambes qu'on observe le plus d'ulcères primitivement variqueux, c'est-à-dire de ceux dont la cause première est dans cette maladie des veines. On y voit aussi d'autres ulcérations ou d'autres solutions de continuité, compliquées de l'état variqueux (p. 112). » Dans sa thèse, citée par Auguste Broca, Clerc (1841, est plus affirmatif encore (p. 6), et, en 1852, Jousseaume écrit que « les ulcères, les abcès des membres par l'irritation chronique qu'ils causent, déterminent presque toujours des varices au

voisinage ». On voit ce qu'il faut penser de cette doctrine, et nous avons vu comment elle a été renversée par les recherches modernes.

Les auteurs anciens, dit encore Auguste Broca, ont été frappés de ce fait que souvent, sur une jambe variqueuse, la moindre solution de continuité dégénère en ulcère, et ce manque de vitalité a été expliqué tout d'abord par la stase qu'engendre l'ulcération des parois veineuses. J.-L. Petit invoque la gêne du cours du sang et de la lymphe, et Boyer (t. II, p. 246 et 296) l'explique par la compression qu'exercent les veines dilatées sur les lymphatiques voisins. Les accidents sont, pour lui, proportionnels au nombre et au volume des varices.

« Les varices petites et nombreuses sont sans inconvénients. » Pour Andral (1829), le sang veineux accumulé dans les capillaires y produit, par sa présence, une stimulation semblable à celle que déterminerait la présence d'un corps étranger. Cruveilhier (1849, t. I, p. 181, et IV, p. 26) insiste sur l'importance de l'œdème dans l'inflammation ulcéreuse. Nélaton et Follin se bornent à citer Boyer, quoique déjà, en 1816, Delpech, tout en incriminant l'empâtement du membre, ait signalé le défaut de corrélation entre le volume des varices et le degré d'infiltration du tissu cellulaire. Mais c'est encore Verneuil qui a insisté sur ces variations de gravité, signalées seulement par les autres auteurs et dont, il est vrai, il dit, dans son article de la *Gazette hebdomadaire* (1861, p. 812), que la cause lui échappe encore. Puis on reconnut la gravité fréquente des veinosités, sur laquelle nous avons suffisamment insisté plus haut.

« Mais l'influence attribuée à l'œdème, à l'infiltra-

tion d'un membre, reste prépondérante pour Lafage (p. 11), Ricard (th. 1873, p. 9), Billroth (p. 487); et, parmi les travaux plus nouveaux, la simple stase veineuse est encore seule invoquée par Colding-Bird (1879), par Kœning (de Gœttingue) (1879), par John Hodgson (1882), par Jameson (1882) enfin, qui explique ainsi la gravité plus grande des varices intéressant les dernières ramifications veineuses. »

Conséquent avec cette doctrine, J.-L. Petit conseillait de saigner les veines variqueuses sur le territoire desquelles existe un ulcère (t. II, p. 52). Mais « est-ce en diminuant la gêne circulatoire que l'oblitération des varices correspondantes conduit à la cicatrisation de l'ulcère, comme de nombreux auteurs disent l'avoir observé? Il y a là un point de pratique qui, au premier abord, semble bizarre, quelle que soit du reste la manière dont les varices agissent pour provoquer la formation d'un ulcère ».

On a reconnu ainsi peu à peu que l'œdème n'est pas « l'intermédiaire obligé entre les varices et l'ulcère ; que, dans certains cas, la théorie ancienne se trouvait en défaut ». De là des recherches nouvelles qui ont conduit à constater qu'à côté des ulcérations veineuses il faut considérer celles des nerfs et des artères.

Celles des nerfs ont été vues les premières, cliniquement d'abord, puis anatomiquement. Léveillé, dès 1812, signale le refroidissement des jambes atteintes d'ulcères variqueux (t. III, p. 154). Verneuil décrit les crampes des mollets chez les variqueux, et Auzilhon (1869) semble avoir été un des premiers à tâcher de mettre nettement en relief le rôle du système nerveux. Tels ont été les précurseurs des recherches

précises de nos contemporains, sur lesquelles nous avons insisté longuement.

Le lieu d'élection des ulcères variqueux est d'ordinaire en bas et à la face interne de la jambe. « Cette préférence s'expliquerait par ce fait qu'en bas et en dedans la face interne du tibia est, pour ainsi dire, sous la peau, et la couche des parties molles, fort peu épaisse, est facilement prise et contuse entre le plan osseux et la violence extérieure. Le membre gauche est plus souvent frappé que le droit, et, d'après Pouteau, il y a 7 ulcères à gauche pour 3 à droite. La proportion serait beaucoup moins grande pour Parent-Duchâtelet, qui, sur 510 cas, en trouve 270 à gauche et 240 à droite ; mais, sur 227, Philippe Boyer en note 193 à gauche et 94 à droite. Enfin, Blandin dit que, sur 35 malades, l'ulcère s'est montré 27 fois à gauche et seulement 8 fois à droite. Richerand explique cette prédominance indiscutable par une faiblesse congénitale que partagerait, du reste, tout le même côté du corps et qui favoriserait l'apparition de l'ulcère. Boyer invoque l'habitude qu'ont les ouvriers de porter la jambe gauche en avant pour agrandir leur base de sustentation ; elle est alors plus exposée aux heurts ou aux chocs qui déchirent ou entament la peau. Pouteau y voit l'influence de l'S iliaque qui, lors de sa réplétion par les matières fécales, comprime la veine. Celle-ci se dilate, les varices récurrentes se forment, l'œdème gonfle les tissus et les ulcères se forment. » (Reclus).

Les ulcères sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, adonnées à des travaux moins pénibles. « Sur 243 ulcères étudiés par Philippe Boyer, 187 furent observés chez l'homme et 56 chez la

femme. Parent-Duchâtelet nous donne une proportion à peu près identique. » Ils sont, comme les varices, plus fréquents aussi chez les sujets de haute stature ; Gerdy déjà avait signalé que cette catégorie d'individus est plus souvent atteinte de phlébectasie à cause de la course plus longue que le sang doit fournir chez eux. Il est certain que la circulation veineuse et lymphatique doit y être moins active, et cette lenteur plus grande nuit sans doute aux échanges nutritifs. Aussi, qu'une cause occasionnelle survienne, et elles sont toujours instantes aux membres inférieurs sans cesse exposés aux traumatismes de tout ordre, l'ulcère se développera. « On peut, par exception (Reclus), rencontrer les ulcères variqueux chez les enfants et les adolescents ; mais, en général, ils se développent plus tard, de vingt à trente ans, disait Parent-Duchâtelet ; avec la plupart des auteurs contemporains, nous pensons qu'ils apparaissent surtout dans l'âge mur. Schreider nous donne, dans sa thèse, une statistique dressée à la Pitié de 1878 à 1882, où l'on voit les ulcères être surtout communs entre quarante et cinquante ans. On insiste beaucoup sur l'influence de la profession, et celles qui exigent la station verticale prolongée, où le sang circule mal, seraient vraiment funestes ; les laquais, les imprimeurs, les scieurs de long, les menuisiers sont très souvent frappés. » Des varices se forment facilement chez eux, ainsi que nous l'avons dit à l'étiologie de cette affection, qui préparent le terrain pour les ulcères.

Anatomie pathologique. — « Nous ne connaissons pas, ou nous connaissons mal, dit M. Reclus, les modifications intimes subies par la peau où l'ulcère va se développer ; Billroth nous dit qu'elle est rouge, en-

flammée, sensible à la pression ; elle est épaissie, infiltrée de sérosité ; les cellules molles de la couche de Malpighi prolifèrent, mais elles ne se kératinisent plus comme à l'état normal, et l'épiderme, mince et fragile, parfois soulevé par quelque vésicule ou quelque phlyctène, se déchire en laissant à nu une couche papillaire suintante et suppurante. Les sécrétions se dessèchent ; elles forment une croûte brune sous laquelle s'accumule le pus et qui, en tombant, montre l'exulcération plus profonde et plus étendue. L'ulcère s'organise peu à peu, et les lésions qu'on observe, nous les avons souvent constatées au microscope sur des coupes d'ulcères de jambe, à peu près les seuls dont on ait étudié la nature. »

Nous ne parlerons, bien entendu, pas ici de l'état des varices, que nous avons suffisamment étudiées précédemment ; nous ne nous occuperons que des lésions des tissus constituant ou avoisinant l'ulcère.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, le périoste lui-même, forment une couche unique, d'aspect lardacé, qui, le plus souvent, mesure 8 à 10 millimètres. La rupture des capillaires y est fréquente ; aussi trouve-t-on çà et là des suffusions sanguines, des îlots rouges, parfois des caillots de volume variable. « Sur une coupe qui comprend toute l'épaisseur, on aperçoit d'abord la couche des bourgeons charnus, rares ou nombreux, grêles ou exubérants, puis, au-dessous, une masse translucide, composée d'éléments embryonnaires, parcourus par des anses vasculaires nombreuses, des fibres conjonctives rares et de la substance amorphe en très grande abondance. Les glandes sudoripares et les glandes sébacées, tout ce qui de près ou de loin rappelle les tégu-

ments normaux et les tissus sous-jacents, ont complètement disparu, noyés dans la néoplasie inflammatoire chronique. »

Gilson, qui a fort bien étudié les modifications des tissus aux environs de l'ulcère, nous dit que « la peau y possède bien encore des couches différentes, mais que la texture en est altérée ; l'épiderme est très épaissi, les papilles sous-jacentes sont hypertrophiées, le derme est parcouru par un réseau capillaire plus dilaté et les mailles sont encombrées de cellules embryonnaires qui témoignent de la propagation inflammatoire. Ici encore, les glandes des téguments ont disparu ou sont atrophiées. Les artères du membre malade, celles surtout qui avoisinent la perte de substance, sont athéromateuses, et nous avons déjà dit que, dans neuf autopsies, six fois les dégénérescences et les incrustations avaient été rencontrées. Dans un certain nombre de cas, on a bien invoqué l'âge des malades et prétendu qu'il ne s'agissait, en définitive, que de cet athérome si fréquent chez les vieillards. Mais l'examen de sujets plus jeunes, chez qui l'ulcération des artères a été constatée, enlève toute valeur à cette objection ».

Nous ne ferons que signaler les dégénérescences nerveuses, que nous avons longuement exposées en parlant des varices elles-mêmes, et nous n'avons plus que deux points à traiter ici : les altérations des muscles et celles des os.

Les premières ont été bien étudiées par M. Quénu, qui a montré « que le tissu conjonctif interposé aux faisceaux musculaires est devenu fibro-adipeux ; un grand nombre de faisceaux perdent leur striation et se remplissent d'une substance finement grenue, où

l'osmium décèle des gouttelettes de graisse ; il n'y a pas d'altération vitreuse. Dans quelques préparations, la prolifération du sarcolemne est évidente. En résumé, il s'agit d'une myosite interstitielle chronique, avec infiltration graisseuse de faisceaux primitifs » ; et M. Reclus ajoute que les aponévroses, le tissu fibreux, les tendons sont parfois altérés aussi, « et nous relevons dans la science un assez grand nombre de cas où il y avait une ossification plus ou moins étendue des gaines aponévrotiques des muscles, de leurs membranes de cloisonnement, des lames fibreuses qui unissent les os et même de l'atmosphère celluleuse qui enveloppe les paquets vasculo-nerveux. »

Les hyperostoses (1) consécutives aux ulcères rebelles de la jambe sont connues depuis longtemps; J.-L. Petit nous dit déjà que « quand les ulcères voisins passent un an, les os se carient ». Marjolin avait vu que,« lorsque l'ulcère est ancien et profond, on remarque souvent que le périoste et même que les os situés dans son voisinage sont plus ou moins tuméfiés. » Lallemand, Rigaud, les auteurs du *Compendium*, Follin et Duplay tentent même une courte description de ces altérations osseuses, sur lesquelles M. Reclus a publié, en 1875, un mémoire assez étendu, basé sur une série d'observations personnelles et sur les pièces déposées par L'Herminier au musée Dupuytren, et qui ont trait à des tibias et des péronés de nègres amputés pour des ulcères rebelles.

L'ostéite destructive est rare, dit M. Reclus ; et, sur

(1) Ce passage est extrait de l'article de M. Reclus dans le *Traité de chirurgie*. Cet auteur y fait une remarquable étude de ces lésions ostéopériostiques.

21 pièces, nous n'en trouvons que 3 où l'ulcère de voisinage ait provoqué une perte de substance de l'os. Dans un cas, les deux tiers de la circonférence diaphysaire étaient résorbés ; le canal central était ouvert. Dans les 18 autres pièces, l'ostéite était productive. Mais ici, une distinction est nécessaire, car tantôt, et plus souvent, les parties néoformées de l'os sont spongieuses et d'un tissu raréfié, tantôt il s'agit d'une ostéite condensante. C'est ainsi que, dans deux cas de L'Herminier, l'os est lourd, compact, éburné; les parois mesurent de 8 à 16 millimètres, le canal médullaire est rétréci sans être oblitéré. Dans une de nos observations, la distance qui séparait la moelle de la surface était de 14 millimètres. Aussi, devons-nous conclure que, si, d'ordinaire, la diaphyse est raréfiée, il existe des faits indiscutables où l'ulcère a déterminé une ostéite condensante.

Le plus souvent, on trouve, au-dessous de l'ulcère, une saillie oblongue, qui dessine, en les exagérant, les contours de la perte de substance. Elle forme une sorte de plateau irrégulier dont le tissu est aréolaire, un peu raréfié; sur d'autres pièces, le tibia est spongieux et comme soufflé; les diamètres sont agrandis par les assises irrégulières que la périostite chronique a déposées en couches stratifiées; il est alors fusiforme, souvent triplé de volume, et, sur les points renflés, la surface est tantôt couverte d'ostéophytes semblables à des aiguilles, des gouttes de cire, des lamelles à bords aigus, des massues ou des gourdes, et qui hérisent le tibia et le péroné, comme si ces os, enduits d'une substance visqueuse, avaient été plongés dans un amas de ces néoformations; tantôt plane, criblée de trous, il rappelle un madrépore ou une fine éponge.

Chez un individu amputé pour un ulcère vieux de six années et rebelle à tout traitement, les parties molles de la jambe semblaient faire défaut; le tibia, démesurément grossi, était fusionné avec le péroné; et, lorsqu'on examine la coupe transversale au niveau du trait d'amputation, on aperçoit des canaux qui logent les vaisseaux, les nerfs, les tendons et les muscles; les aponévroses superficielles et les profondes même, les ligaments interosseux, les gaines des vaisseaux et des nerfs, les lames intermusculaires incrustées de sels calcaires convergent et vont se confondre avec le massif osseux central.

Symptômes. — Le début des ulcères varie selon la cause occasionnelle qui provoque leur apparition. Tantôt, la varice s'enflamme et crève; tantôt, la rupture est précédée d'un abcès, tantôt d'une écorchure banale, qui ne guérit pas sur un membre variqueux; d'autres fois, comme nous le verrons, le début a lieu par une éruption cutanée, une phlyctène, une pustule d'ecthyma qui soulève et détruit l'épiderme. Astley Cooper, d'après Reclus, signale un mode d'invasion un peu différent et qui est loin d'être rare : « Sur les téguments, parfois blafards, ténus et œdémateux, mais le plus souvent rougis, violacés, ecchymotiques et modifiés par des éruptions eczémateuses successives, on voit des petites taches rougeâtres, parfois nombreuses et séparées à peine par une bande de peau moins altérée. Ces taches deviennent livides, puis noires; ce sont de minimes eschares qui s'éliminent; la première poussée inflammatoire, une lymphangite, un érysipèle, détruit les téguments intermédiaires et réunit en une seule toutes ces petites plaies gangreneuses. Mais qu'il s'agisse à l'ori-

gine d'un traumatisme, d'une phlegmasie ou de ces plaques gangreneuses disséminées, la perte de substance s'agrandit bientôt et prend un aspect promptement caractéristique. »

Nous devons étudier, dans l'aspect clinique de l'ulcère variqueux, le fond, les bords et les régions avoisinantes.

Le fond est d'ordinaire gris, terne, pâle, tapissé de bourgeons charnus qui peuvent prendre les formes et le développement les plus divers. Ils sont tantôt grêles, tantôt volumineux, mous ou plus ou moins résistants.

Quelquefois, ils sont ecchymotiques par places, « et leur coloration vineuse contraste alors avec l'aspect lardacé des parties avoisinantes; leur exubérance inégale crée des anfractuosités, des dépressions remplies d'une matière pultacée et diphtéroïde. » Sous l'influence du repos et d'un traitement approprié, ces surfaces se détergent d'ordinaire au bout d'un temps plus ou moins long; les fongosités se détruisent et au-dessous « se forme une membrane veloutée et légèrement papillaire; parfois celle-ci s'enflamme à son tour, devient aride et sèche, puis laisse suinter une substance ichoreuse, sanguinolente, putride et d'une odeur nauséabonde. Rien n'est plus variable que cette surface ulcérée, soumise à toutes les fluctuations que lui impriment la marche, la station verticale longtemps prolongée, ou même l'état de santé et de maladie ». Sous l'influence d'un simple embarras gastrique, on voit souvent le fond tomenteux devenir plus sec et plus livide, de même que la marche ou même simplement la station debout déterminent des hémorragies qui permettent, au simple

examen du pansement d'affirmer, que le malade s'est levé.

Les bords de l'ulcère variqueux simple sont en général réguliers, peu découpés, « sans indentations profondes et nombreuses; ils sont saillants, épaissis, en forme de bourrelet et surplombent le fond de la perte de substance. » Très rarement ils sont minces et décollés; mais nous verrons que les différentes diathèses leur impriment souvent un aspect tout particulier, qui, dans certains cas, peut être caractéristique, et que nous étudierons dans un instant.

Sous l'influence d'une poussée inflammatoire, ces bords se boursouflent, se soulèvent et la perte de substance semble beaucoup plus profonde qu'elle ne l'est en réalité. « Que cette turgescence œdémateuse se dissipe sous l'influence du repos, par exemple, les bords s'affaissent et l'ulcère, au premier aspect, si fortement accusé, se trouve à niveau, presque à fleur de tégument. »

Au delà des bords, dit M. Reclus, les tissus sont altérés et la peau qui limite l'ulcère est épaissie ; sa trame conjonctive sclérosée a étouffé les glandes sudoripares et l'appareil pilo-sébacé. Aussi, sa surface est glabre dans une zone assez étendue. Plus loin, au contraire, ajoute-t-il, les poils sont souvent hypertrophiés et les ongles des orteils exubérants et déformés. Rien n'est plus variable que la coloration des téguments, modifiés presque toujours par des éruptions eczémateuses, comme nous le verrons plus loin ; ils sont blancs parfois, mais d'ordinaire bruns, pigmentés, parsemés de ces taches jaunes, fauves ou rouges, bien décrites autrefois par Verneuil. L'adhérence et la rigidité des téguments sont telles que le

membre semble enveloppé « d'une gaine de cuir ». Les séreuses doublées de néo-membranes ne laissent qu'un jeu limité à leurs tendons. Il n'est pas jusqu'aux articulations voisines qui ne soient atteintes ; la jointure tibio-tarsienne peut voir sa synoviale indurée et fongueuse, et son cartilage diarthrodial se résorber.

Ainsi que nous l'avons dit, l'ulcère variqueux simple siège presque toujours dans la moitié inférieure de la jambe et sur sa face interne, quoiqu'on en ait observé en un point quelconque de ce segment de membre. Quelquefois limité à une surface de quelques millimètres de diamètre, il provoque souvent aussi de larges pertes de substance « qui dénudent une grande partie de l'organe ». Lorsqu'il entoure le membre tout entier, formant autour de lui une sorte de bracelet de hauteur irrégulière, saignant et fongueux, lorsqu'il est annulaire ou circonférentiel, sa gravité devient extrême, car l'expérience démontre qu'en pareil cas on ne doit guère compter sur la cicatrisation. Cette surface suintante, ichoreuse, sur laquelle peuvent s'abattre tant de complications, nécessite presque toujours une intervention radicale : l'amputation. Heureusement que de telles dimensions sont rares ; en général, les ulcères sont arrondis, elliptiques, à grand diamètre vertical.

Auzilhon, dans son introduction à l'étude de l'ulcère simple (Paris et Montpellier, 1868), a étudié la température du membre au niveau de l'ulcère Il a constaté une élévation d'un demi-degré pendant la période inflammatoire et un abaissement, par rapport au membre du côté opposé, lorsque l'ulcère est à la période d'état. Mais les recherches poursuivies depuis

par Schreider n'ont donné que des résultats contradictoires ou négatifs.

Il n'en est pas de même, dit M. Reclus, que nous ne pouvons mieux faire que de citer en cette circonstance, des troubles sensitifs étudiés par Terrier (1) et par ses élèves, Séjournet (2) et Schreider (3). L'exploration de la surface ulcérée est difficile et ne donne que des renseignements incomplets ; quelquefois, nous dit Terrier, la piqûre ne détermine pas de douleur, tandis que la pression avec le doigt ou la tête d'une épingle éveille une souffrance très nette. Autour de la perte de substance, la sensibilité est émoussée, quelquefois abolie ; quelquefois, les perceptions sont retardées et les malades se trompent sur le lieu qui a été le point de départ de la sensation ; une piqûre peut être rapportée à 10 ou 15 centimètres de son siège réel.

« Mais, si la sensibilité à la douleur est peu troublée ou même ne l'est pas du tout, il n'en est point ainsi pour les sensations thermiques, dont les variations sont constantes. Les corps chauds provoquent bien une sensation de brûlure, mais avec un retard dans la perception ; les corps froids paraissent chauds dans une zone d'étendue variable tout autour de l'ulcère. La sensibilité tactile est aussi fort souvent altérée. Pour l'explorer, il faut toucher légèrement avec un objet de petit volume, et cela sans exercer aucune pression, car on réveillerait la sensibilité profonde, qui est presque toujours normale. »

(1) Terrier, *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, p. 656.

(2) Séjournet, Th. de Paris, 1877.

(3) Michel Schreider, *Pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe*. Th. de Paris, 1883.

Ajoutons encore, d'après Terrier, que la cicatrice qui succède à la perte de substance est le siège de phénomènes identiques, et qu'on observe les mêmes troubles de sensibilité, à un degré moindre il est vrai. De même, on en a constaté l'existence sur la peau prête à s'entamer ; non seulement ils accompagnent le processus ulcératif, mais ils le précèdent et lui survivent.

« Une analyse minutieuse prouve que la sensibilité tactile est rarement modifiée, la sensibilité à la douleur l'est déjà plus souvent et la sensibilité thermique bien plus fréquemment encore. En effet, ces trois ordres de troubles sensitifs représentent en quelque sorte les degrés successifs d'altération de la sensibilité ; les troubles de la sensibilité thermique constituent le premier et ceux de la sensibilité tactile le dernier degré qui traduit une altération profonde des nerfs. C'est ainsi que, sur un même ulcère, on peut quelquefois observer trois zones, dont l'une, centrale, ne dépassant guère le voisinage des bords, a perdu sa sensibilité tactile ; une autre, placée immédiatement en dehors, mais déjà moins profondément altérée, présente de l'analgésie ; enfin, une troisième, plus extérieure et plus étendue, ne nous offre que des troubles de la sensibilité thermique. »

« Les ulcères ont une marche bien irrégulière. En général, ils évoluent sans douleur et, sauf quelques cas, ils ne gênent guère les malades que par une certaine lourdeur du membre, des saignements au moindre traumatisme et surtout par un suintement ichoreux et fétide. Ils persistent indefiniment avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; il n'est pas rare de voir, sur les bords, un liséré cicatriciel,

dont l'extension rétrécit la perte de substance, s'agrandir et gagner vers le centre lorsque la santé générale s'affermit et que la jambe est maintenue, sans compression, dans le repos horizontal, tandis que ce même liséré se détruit au moindre prétexte, au plus léger accès de fièvre ou si le patient se livre à un exercice plus fatigant. Cependant, la réparation totale peut se faire : il se forme une cicatrice blanche, lisse, glabre, sèche, intimement unie à l'os sous-jacent et dont la pâleur contraste avec la pigmentation de la peau voisine, épaisse, brune ou noire, très souvent eczémateuse et recouverte de croûtes et d'amas épidermiques. Parfois, la guérison spontanée a été le fait d'un érysipèle et, parmi vingt autres observations, nous citerons celle de Nicholls, qui vit un ulcère vieux de quinze ans se cicatriser à la suite d'un érysipèle phlegmoneux. »

Mais nous devons ajouter que, même si la cicatrisation a bien marché et est complète, un ancien ulcère est toujours un lieu de moindre résistance ; la cicatrice est d'ordinaire mince, adhérente, et le moindre traumatisme ou la moindre inflammation fait récidiver rapidement la plaie ulcéreuse. Le membre qui a été le siège d'un ulcère doit donc être protégé avec un soin minutieux et tout particulier.

VARIÉTÉS ET COMPLICATIONS

On trouve dans les vieilles nosographies des variétés d'ulcères variqueux, sur lesquelles les anciens pathologistes se plaisaient à disserter longuement et qui sont devenues bien rares aujourd'hui. D'ailleurs, dès qu'on a, par hasard, l'occasion de les reconnaître, les

moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition nous permettent de nous rendre rapidement maîtres de ces complications.

C'est ainsi que nous ne ferons que signaler les ulcères vermineux, c'est-à-dire les ulcères dans lesquels des insectes ont déposé leurs œufs et où des larves se développent. Ces complications, dit M. Reclus, sont bien rares dans nos villes, où la misère et l'incurie sont encore fort grandes, mais où l'hospitalisation plus facile et plus large recueille les malheureux atteints d'ulcères avant cette période de décomposition.

Nous serons aussi très bref sur les ulcères atones, ceux dont le fond est lisse, blafard, pulpeux, grisâtre, sans bourgeons charnus, et dont le liséré reste stationnaire. On employait auparavant, pour les mettre en voie de bourgeonnement, le vin aromatique, l'onguent styrax, etc., qui ne sont, encore aujourd'hui, pas sans valeur dans quelques cas, comme topiques excitants.

Les ulcères calleux sont caractérisés par des bords saillants, durs, infiltrés ; « une prolifération abondante des cellules épithéliales et des éléments du derme a dû se faire, qui surélève les lèvres au-dessus du fond de la perte de substance ; celle-ci se tapisse de plaques cicatricielles entre lesquelles s'ouvrent des crevasses d'où s'écoule un liquide incolore. » Quelques cautérisations, même au thermocautère, et des émollients en ont ordinairement raison.

« Une variété particulière, dit M. Reclus, serait celle des ulcères irritables. Ils se caractérisent par leur hyperesthésie : le moindre frottement, le simple contact y réveille des couleurs vives ; la peau avoisinante est le siège d'une sensibilité exquise. On les

rencontre surtout chez les femmes impressionnables et nerveuses, et peut-être faut-il appliquer à ces ulcères ce que Broca disait des mamelles : ce n'est pas l'ulcère, c'est la femme qui est irritable. Ajoutons que les ulcères sont appelés fongueux lorsque de leur fond s'élèvent des bourgeons charnus, volumineux, mous et pâles, hémorragiques lorsque la surface saigne facilement. Chez tous, d'ailleurs, quelle qu'en soit la variété, des traînées de lymphangite naissent souvent autour de la perte de substance et provoquent des engorgements ganglionnaires aigus ou chroniques dans la région inguinale et crurale. La stase lymphatique et l'œdème veineux amènent aussi un épaississement, une hypertrophie qui parfois s'étend à tout le membre, atteint alors d'une véritable éléphantiasis. »

Plus fréquemment, l'ulcère est enflammé, et ce processus lui imprime un aspect particulier : « Sous l'influence d'un traumatisme nouveau, d'un écart de régime, d'un coup de pied, les bords deviennent rouges, chauds, douloureux, tuméfiés ; la peau qui les limite est tendue, luisante, parcourue de stries lymphangitiques ; le fond est violacé ; les bourgeons charnus sont livides, turgescents, ecchymotiques et donnent du sang et du pus. De petits ulcères nouveaux apparaissent hors des limites du premier, dont les bords reculent d'ailleurs. Quand l'orage est calmé, on constate que l'ulcère s'est fort étendu. Cependant, cette inflammation a parfois une heureuse influence ; elle peut modifier la vitalité des tissus qui se cicatrisent lorsque le processus phlegmasique est tombé. » On cite, comme nous l'avons dit, des faits où un érysipèle, un phlegmon diffus a débarrassé

certains malades d'ulcères rebelles de la jambe.

La gangrène est une complication plus rare. Elle frappe surtout, dit M. Reclus, les malheureux en état de misère physiologique, affaiblis par les privations ou sous le coup d'une grave dyscrasie, albuminurie ou diabète ; l'inflammation se déclare et mortifie rapidement des plaques cutanées plus ou moins étendues que soulève bientôt une sécrétion ichoreuse et purulente, d'une odeur nauséabonde.

Ces lambeaux sphacélés s'éliminent au milieu de douleurs fort vives. « D'autres fois la gangrène prend une forme différente : des masses pultacées, des fausses membranes épaisses recouvrent les fongosités ; celles-ci se désagrègent au-dessous, pour devenir bientôt un putrillage sanguinolent, qui creuse l'ulcère et en mine les bords ; ils se décollent et reculent. Le phagédénisme est une sorte de gangrène ; en quelques jours, parfois en quelques heures, l'ulcère gagne de proche en proche ; il détruit tous les tissus qu'il rencontre ; sa marche est si rapide que les vaisseaux entamés sont ouverts avant qu'un caillot en ait oblitéré la lumière, et des hémorragies redoutables en sont la conséquence. »

Les ulcères variqueux ont, outre ce que nous venons de dire, de nombreuses variétés. Auguste Broca les subdivise en deux groupes : les ulcères variqueux simples, « dus à la seule alliance des actions extérieures et des troubles nutritifs du membre », et les ulcères variqueux hybrides, où intervient l'état général du sujet.

C'est à cette forme d'ulcères qu'Auguste Broca a consacré sa thèse, dans laquelle nous puiserons la plupart des détails qui vont suivre.

Après un historique de la conception des ulcères aux différentes époques, il nous fait remarquer qu'il ne suffit pas de dire avec Courty (p. 401) que certains ulcères de jambe sont entretenus par des causes diathésiques. « Il faut montrer quelles sont ces causes et comment elles agissent. Cauvin s'y est efforcé, mais avec peu de succès ; et, s'il dit avec raison que l'influence des diathèses est importante, il passe en revue successivement comme diathèses : 1° la syphilis; 2° la scrofule; 3° l'asthme; 4° le système nerveux; 5° les maladies du cœur et surtout l'athérome généralisé; 6° l'arthritisme; 7° les varices; 8° la tuberculose. Cette simple énumération montre que le travail est encore à faire (1). »

« Les maladies constitutionnelles, continue l'auteur, ont une grande tendance à produire des symptômes cutanés, et, dans l'espèce, les éléments éruptifs seront une source fréquente d'ulcères variqueux. Il est donc utile de faire une étude précise de ces éléments. C'est ainsi seulement qu'on arrive à la connaissance des ulcères.

« Aucune conclusion n'est à tirer des observations anciennes, comme celle, par exemple, où Morgagni met sous nos yeux « un vieillard presque octogénaire, ayant eu autrefois des ulcères aux jambes (ce que des cicatrices prouvaient encore) et dont la peau de presque tout le corps était couverte de pustules hideuses ». Quant aux auteurs de ce siècle, leurs descriptions sont plus que sommaires. Le mot « éruption » suffit à Liston (t. I, p. 265), à Follin (t. II, p. 547), et même Jamain

(1) Auguste Broca, *Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux* (eczéma, syphilis, ecthyma). Th. de Paris, 1886.

et Terrier ne mentionnent que les furoncles (t. I, p. 175). Billroth, plus précis, nomme l'eczéma, mais sans le décrire, et il en est de même pour les thèses de Jousseaume (p. 191), Thiébaux (p. 12), Lafage (p. 9), Gaudard (p. 19), R. Hassan (p. 34). C'est dire que l'on peut répéter les paroles de Cerdy, parlant des complications des varices : « Parmi ces accidents, il en est un qu'on arrête plus difficilement : c'est l'inflammation eczémateuse, la squameuse humide qui complique si souvent les varices des jambes ; il est vrai que les chirurgiens s'en préoccupent fort peu et n'en parlent guère que dans leur description des varices. »

« Mais ce n'est pas tout, et la syphilis présente des particularités intéressantes lorsqu'elle siège sur les membres variqueux. Ici, quelques travaux spéciaux ont été faits, dus surtout à l'initiative de M. Verneuil. Mais le silence est complet dans les livres classiques, dans les monographies sur les varices et les ulcères variqueux, dans les traités de syphiligraphie que j'ai pu parcourir. Le sujet cependant est important pour le diagnostic et, par conséquent, pour le traitement, car la séméiologie se trouve compliquée par ce fait que, si l'ecthyma syphilitique et l'ecthyma non syphilitique ne sont pas toujours faciles à distinguer l'un de l'autre, la question est bien plus malaisée encore à résoudre lorsque les légers caractères qui les séparent s'effacent devant un aspect commun, dû aux varices. »

De l'eczéma variqueux. — Boyer (1835) et Devergie (1846) sont les premiers à s'être occupés de la question, et ce dernier dit nettement : « L'eczéma non variqueux a son siège le plus général en dehors des jambes, et l'eczéma variqueux a plus particulièrement

son siège en dedans ; cette dernière circonstance tendrait à faire admettre cette variété comme toute spéciale et comme étant consécutive aux varices. »

Les travaux de Bazin (1860-1862) sont plus importants en ce sens qu'il affirme que l'eczéma variqueux est ordinairement arthritique (1) (p. 193) et le décrit plus tard d'une façon précise dans ses leçons sur les affections cutanées artificielles.

Enfin, dans le récent article de Chambard, on trouve quelques caractères importants de l'eczéma variqueux.

A l'étranger, l'école de Vienne, Hébra et Kaposi (annotés par MM. Doyon et Besnier), et, en Amérique, Bulkley (2), Duhring, ont ajouté au tableau quelques traits, mais encore incomplets.

Enfin, citons les thèses de Dubois (1861), Derouelle (1871), Radouau (1875) et Picard (1878) et les travaux de Jamilson. Dans une leçon, après s'être occupé des ulcères des jambes et avoir insisté sur le rôle des varices, il applique à l'eczéma des membres inférieurs des considérations analogues. Il faut, dit-il, distinguer deux cas : 1° tantôt, l'eczéma des jambes n'est qu'une partie d'une éruption généralisée plus ou moins étendue et présentant alors souvent aux jambes son maximum d'intensité ; 2° tantôt, c'est une éruption confinée du genou au cou-de-pied, gagnant cependant le dos du pied dans quelques cas rares. Peu d'eczémas sont aussi ennuyeux : superficiel, il entraîne une démangeaison sévère, assez gênante le jour, mais plus encore la nuit, où elle est capable d'empêcher le sommeil ;

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.*

(2) *Eczema and its management ;* 2e édition, New-York.

profond, il peut forcer le malade à rester au logis, au lit même. Il est vrai que la connaissance des causes est susceptible de nous conduire à une thérapeutique efficace, et ces causes sont pour beaucoup les mêmes que celles des ulcères de jambe. Mais il faut, pour produire l'eczéma, quelque chose de plus : « l'état particulier de l'individu, la dyscrasie constitutionnelle que, faute d'un meilleur terme, nous devons appeler diathèse eczémateuse. » (P. 106). Souvent l'éveil sera donné par un placard eczémateux localisé, parfois transitoire, occupant les places où se manifestent les premières varices : la face interne de la jambe, du genou, le creux du jarret. Le malade est alors exposé à des dégâts considérables, d'autant plus que les membres inférieurs, où la circulation est des plus difficile, manquent de vitalité et sont, de plus, aisément exposés aux injures extérieures, saisonnières ou autres (Broca).

L'eczéma variqueux survient quelquefois sans cause matérielle connue, mais toujours alors sur un membre dont la peau est le siège de troubles trophiques. Il n'est pas rare de le voir succéder à un traumatisme ; mais cette complication se manifeste surtout lorsqu'à la plaie a succédé un ulcère. Quelle que soit, au reste (Broca), la cause d'un ulcère variqueux, souvent il s'entoure d'une zone eczémateuse sous l'influence de l'irritation produite sur la peau par les liquides qui s'en exhalent. De plus, et inversement, l'eczéma est une cause fréquente d'ulcère variqueux.

« Donc, il y a souvent coexistence, sur le même membre, d'eczéma et d'ulcère ; et, lorsque cela n'existe pas, une jambe variqueuse et ulcérée a une grande tendance à devenir eczémateuse. Cela est

utile à connaître, car les substances irritantes diverses employées pour panser ces ulcères atoniques feront souvent naître la poussée éruptive.

« Quoique l'eczéma variqueux soit de même nature que les autres eczémas, que les varices aient un rôle localisateur et non générateur, Broca en donne une description clinique détaillée, où il met en lumière quelques aspects particuliers de l'éruption sur les membres variqueux. Nous ne pouvons évidemment entrer ici dans tous ces détails, peu importants dans l'espèce, et nous nous contenterons de dire que l'auteur décrit trois formes : eczéma musculaire, sec ; eczéma variqueux, à larges squames ; eczéma variqueux, aigu et suintant, souvent exaspéré par des poussées. Il est reconnu par tous les auteurs (Broca) que l'eczéma, lorsqu'il guérit, disparaît sans laisser de traces, quel que soit le temps pendant lequel il a affecté une région du corps. Mais tous aussi font à juste titre une exception pour l'eczéma variqueux. En général, cependant, ils ne mettent pas en relief une distinction assez importante : les varices ont localisé l'eczéma ; une fois cela fait, les lésions profondes dont la peau va être atteinte proviennent surtout de l'état variqueux. Mais il n'y a rien là qui soit réellement spécial à l'eczéma. Toute inflammation chronique en peut produire autant. Les phénomènes ici sont sensiblement identiques à ceux que l'on constate lorsque des ulcérations syphilitiques sont localisées sur les membres variqueux, ou lorsque, sans intervention d'aucun élément éruptif, un traumatisme a produit un ulcère variqueux simple. Il suffit seulement que, pour une cause ou pour une autre, les lésions et l'irritation qu'elles entraînent

persistent pendant assez longtemps. En raison de sa chronicité innée, l'eczéma réalise fort bien cette condition, d'autant plus qu'il se trouve sur un terrain où la circulation alanguie favorise encore cette chronicité. » Aussi, la peau reste rouge, farineuse, sujette à des éruptions plus ou moins aiguës et confluentes, disposée à la pigmentation encore plus que dans les cas de varices simples et devient plus ou moins rapidement le siège d'une dermite hypertrophique avec toutes ses altérations (Clais).

L'eczéma, nous l'avons vu, paraît être plus souvent la cause que l'effet de l'ulcère. En effet (Broca), l'eczéma d'une région quelconque s'accompagne assez souvent d'érosions superficielles, arrondies, qui se font de la manière suivante: sur les bords de la plaque squameuse et suintante, il se produit des vésicules qui, rapidement, deviennent pustuleuses. Il y a alors des soulèvements épidermiques à peu près grands comme des lentilles, distendus par un liquide jaunâtre, séropurulent. Au bout de peu de temps, de vingt-quatre heures environ, la pellicule se rompt et laisse à nu une surface exulcérée, régulièrement arrondie, à fond gris jaunâtre, légèrement granuleux, d'où suinte un liquide séreux qui ne tarde pas à se concréter en une croûte molle et jaunâtre, semblable à celles qui recouvrent les parties les plus anciennes de la plaque éruptive. Toutes ces exulcérations ne tendent nullement à se creuser. Elles restent très superficielles, n'entamant pas le corps papillaire, qu'elles se bornent à dénuder, et se réparent par simple épidermisation sans production de tissu cicatriciel, surtout si la nutrition de la jambe variqueuse est peu altérée. Mais trop souvent il n'en est pas ainsi, et le membre malade manifeste à

cette occasion sa fâcheuse tendance à l'ulcération. Cela tient donc moins à l'eczéma qu'à la dystrophie des tissus; aussi l'époque d'apparition des ulcères relativement à celle de l'éruption est-elle des plus variables. Tantôt, c'est un eczéma ancien qui, à un moment donné, devient ulcéreux; tantôt, c'est presque la première vésico-pustule qui dégénère en ulcération. Ici encore, les irritations extérieures sont souvent la cause occasionnelle; parmi elles, on retrouve le grattage, les pansements irritants ou mal faits, les pommades réputées infaillibles.

Souvent l'aspect de l'ulcère d'origine eczémateuse ne diffère pas de celui de l'ulcère variqueux classique, mais souvent aussi la multiplicité est fréquente dans les ulcères produits par l'eczéma variqueux, et les cas sont nombreux où l'on peut voir, comme Bulkley, en diverses places beaucoup d'ulcères, pour la plupart petits. Cela est très aisé à comprendre, ajoute Broca, puisque les ulcérations eczémateuses ont pour origine des vésico-pustules primitivement isolées, et, autour de l'ulcère principal, on surprend quelquefois ces éléments dissociés. Quelquefois, les ulcérations isolées deviennent coalescentes.

Ajoutons, comme dernier détail, que l'ecthyma est souvent associé, en quantité plus ou moins considérable, à l'éruption eczémateuse.

La syphilis se comporte exactement de la même manière sur les membres variqueux, et cela à toutes ses périodes: secondaire, secondo-tertiaire, tertiaire.

La syphilis secondaire n'est guère ulcéreuse et partout est de peu d'importance ici (Broca). Elle n'entraîne pas de conséquences chirurgicales sérieuses. La question change absolument de face pour la syphilis

tertiaire, et les ulcères vénériens tardifs des membres inférieurs ont une grande importance pratique par leur fréquence et leurs caractères.

Depuis longtemps Verneuil s'occupe de cette question et soutient que, parmi les ulcères de la jambe, bon nombre relèvent de la vérole et qu'il se produit là des phénomènes d'hybridité syphilitico-variqueuse, fait encore laissé dans l'ombre dans la statistique où Israël rapporte dix observations d'ulcères syphilitiques de la jambe (1877).

Deux lésions peuvent provoquer ici l'ulcération : ce sont l'ecthyma secondaire et plus souvent tertiaire, et la gomme. Le processus est absolument le même que dans l'eczéma ; et, si la nature des ulcérations a changé, le résultat est le même « et dépend, dans un cas comme dans l'autre, d'un mélange de stase veineuse et d'inflammation chronique ». Dans la vérole, l'acuité est seulement moindre que dans l'eczéma. C'est pour cela que les ulcères tertiaires conduisent rarement à un degré aussi avancé de dermite hypertrophique.

Toutes ces notions, dit Broca, sont utiles pour instituer la thérapeutique, qui doit être dirigée contre les deux éléments dont la combinaison entretient la perte de substance. Ce fait n'avait pas échappé à la sagacité de Delpech et de J.-C. Spender. Il est bien mis en évidence par l'observation suivante de Gilles de la Tourette : Une femme de cinquante-neuf ans, ayant contracté la syphilis à cinquante-trois ans, portait « un de ces ulcères hybrides qui commencent, chez un syphilitique, par des gourmes et se terminent par un ulcère variqueux rebelle ». Depuis trois mois, des doses considérables d'iodure de potassium avaient

été administrées sans succès. L'iodure fut suspendu et la jambe fut soumise à l'élévation jointe aux pulvérisations phéniquées. Trois mois après, l'ulcère, qui avait au début 21 centimètres de haut, était réduit à une petite plaie, grande comme une pièce de cinq francs et siégeant à la malléole externe.

Le diagnostic est en général facile. Les ulcères sont multiples, arrondis quand ils sont isolés, limités par des arcs de cercle quand, par leur coalescence, ils recouvrent des surfaces notables; leurs bords sont nettement coupés quand il s'agit d'ecthyma, décollés lorsqu'ils proviennent d'une gomme ; leur fond jaunâtre est recouvert d'un bourbillon; autour d'eux la peau a une coloration jambonnée; leur situation est quelconque et ils n'ont pas de prédilection pour le tiers inférieur de la face antéro-interne de la jambe. Quand ils se réunissent en plaques étendues, leur marche est souvent serpigineuse. Leur fond peut être le siège d'exubérances fongueuses, bourgeonnantes, constituant ce que Verneuil a appelé *ulcus elevatum* tertiaire, étudié plus tard, sous son inspiration, dans la thèse de Mirpied (1883) et dont Nepveu en 1885 a donné un nouvel exemple. Enfin, ils ont une certaine tendance à délabrer profondément les tissus; et, les détruisant de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, ce sont eux qui perforent les aponévroses, mettent les os à nu et s'accompagnent de hernies musculaires.

Puis, lorsque la perte de substance est réparée, elle laisse des cicatrices bien connues, arrondies ou circulaires, d'abord violacées, puis brunâtres, puis blanches au centre, avec un anneau pigmenté dégradé progressivement vers la périphérie. C'en est là assez

pour faire le diagnostic rétrospectif, qui le plus souvent est évident.

Broca insiste en terminant sur quelques difficultés de diagnostic entre l'ecthyma simple des membres variqueux et l'ecthyma syphilitique; mais il est rare que ces difficultés persistent à la période d'ulcération. D'ailleurs, on doit toujours examiner attentivement les commémoratifs et les lésions concomitantes sur le reste du corps.

Diagnostic. — D'après ce que nous venons de dire, le diagnostic de l'ulcère variqueux s'impose dans la majorité des cas. S'il y a des varices superficielles, il est évident, et la question se réduit à déterminer, à l'aide des caractères que nous venons d'indiquer, s'il s'agit d'un ulcère variqueux simple ou d'un ulcère variqueux hybride. Cette distinction demandera quelquefois une certaine sagacité, mais sera facile dans la plupart des cas.

Il n'en est pas tout à fait de même si le membre qui est le siège de l'ulcère ne présente pas de varices apparentes; mais nous avons vu que les varices profondes peuvent parfaitement (Verneuil) être la cause d'ulcères. On devra donc étudier avec soin les symptômes qui peuvent faire penser à l'existence des varices profondes, douleurs, crampes, œdème, etc., sur lesquels nous avons suffisamment insisté; il est utile d'y revenir ici. On pourrait ici faire une confusion avec des ulcères trophiques proprement dits ou des ulcères apparaissant sur les cicatrices étendues ou compliquant les cals vicieux ou volumineux des fractures de jambe. Dans le dernier cas, les commémoratifs et les signes feront le diagnostic; et, dans le premier, l'absence des dilatations veineuses superfi-

cielles ou de symptômes de varices profondes, la dégénérescence arthromateuse des artères, l'exploration de la sensibilité et l'état des nerfs.

Signalons enfin un certain nombre d'ulcères, qui pourraient en imposer à un chirurgien peu exercé, mais qu'on éliminera d'ordinaire facilement. Ainsi, les ulcères tuberculeux ou scrofuleux sont atones, mal bourgeonnants et surtout à bords décollés et bleuâtres; de plus, presque toujours ils coexistent avec quelque lésion actuelle ou ancienne, stigmate irrécusable de la strume. Il n'est pas moins vrai de dire qu'on a pu observer quelquefois, chez des variqueux tuberculeux, de véritables formes hybrides.

Les ulcères scorbutiques (Reclus) se caractérisent par des taches de purpura, les hémorragies, l'état des gencives.

En dehors de leur caractère gangreneux et de leur apparition à la suite d'un phlegmon ou d'un anthrax, ceux dont le diabète est la cause première ont, comme signe pathognomonique, la présence de sucre dans l'urine.

Restent à signaler seulement pour mémoire certains ulcères professionnels, extrêmement rares, et dont un interrogatoire minutieux du malade fera d'habitude faire facilement le diagnostic.

DES VARICES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Nous avons eru néeessaire de eonsaerer un ehapitre spécial aux varices des femmes enceintes. Cette eomplication de la grossesse est loin d'être rare. Budin, dans ses relevés portant sur 300 femmes de la Maternité, les signale dans un tiers des eas. Il est vrai que ees femmes appartenaient toutes aux elasses ouvrières de la soeiété. Mais, indépendamment de eette fréquence spéeiale, la grossesse imprime à l'organisme des eonditions particulières qui influeneent la pathogénie et la marche des varices, et déterminent dans certains eas des aeeidents spéeiaux.

Les variees chez les femmes eneeintes peuvent atteindre toutes les parties du système veineux, aussi bien les veines des membres inférieurs, ee qui est le plus ordinaire, que eelles des organes génitaux externes et internes de l'anus et du rectum, et enfin les veines de l'urèthre et de la vessie. Rarement, mais quelquefois, on observe des variees isolées du trone et des membres supérieurs.

D'après ces quelques mots, on peut voir dès maintenant quelle est la fréquenee relative des altérations

veineuses des organes contenus dans le bassin ou situés dans son voisinage.

Pour ce qui est des symptômes et du diagnostic de ces varices, ils ne diffèrent en rien de ce que nous avons vu précédemment ; la pathogénie et la marche, au contraire, par suite des conditions particulières dans lesquelles elles se présentent, c'est-à-dire de la gravidité, deviennent un peu différentes. Les varices des femmes enceintes doivent toujours être rangées dans la classe des varices symptomatiques.

PATHOGÉNIE (1)

Quand une femme vient d'être fécondée, il survient rapidement toute une série de modifications intéressant ses différents appareils, aussi bien le système nerveux que le système digestif, les organes des sens, etc. Mais sur quoi nous désirons particulièrement nous arrêter, ce sont les modifications apportées au système circulatoire. Ces modifications portent et sur l'organe central de la circulation et sur le sang lui-même.

Du côté de l'organe central de la circulation, depuis les recherches de Larcher, on admet qu'il existe une légère hypertrophie du cœur. A cette hypertrophie du cœur vient s'ajouter une augmentation du sang, augmentation portant sur la masse totale du sang pendant la gestation. Cette augmentation, qui a été du

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons été puissamment aidé par notre ami, le docteur Chavanne, qui a bien voulu mettre à notre disposition sa haute compétence en obstétrique. Nous tenons à l'en remercier sincèrement ici.

reste niée par plusieurs auteurs, est admise sans contestation par Tarnier et Chantreuil. Elle est surtout marquée dans la seconde moitié de la grossesse.

L'augmentation porte sur la quantité proportionnelle de l'eau avec diminution dans le nombre des globules du fer. Pendant la première moitié de la grossesse, la fibrine diminue ; elle augmente, au contraire, pendant les derniers mois.

Il résulte de ce que nous venons de dire une tension vasculaire plus considérable, ainsi que le démontrent les recherches de Faucourt, Barnes et Macdonald ; d'où une facilité plus grande de dilatation veineuse. Mais il vient s'y joindre d'autres causes également d'ordre mécanique.

L'utérus, en se développant pendant les premiers mois dans l'intérieur du petit bassin, entraîné plus tard par son volume de plus en plus considérable dans la grande cavité abdominale, repose sur le pourtour de l'excavation pelvienne. Dans l'une et l'autre de ces situations, dès qu'il a atteint un certain volume, il vient gêner la circulation en retour des veines iliaques, dans le premier cas avant leur réunion pour former l'iliaque primitive, dans le second cas lorsque ces vaisseaux se sont réunis et vont converger pour former la veine cave. Le refoulement des masses intestinales, l'obliquité de l'utérus, qui, dans la majorité des cas, s'incline, comme on le sait, du côté droit, viennent porter cette gêne de la circulation en retour à son maximum. Enfin, il est encore une cause sur laquelle il faut appeler l'attention. L'utérus est traversé par de gros sinus, dont le sang est ramené par l'intermédiaire des veines utérines ou utéro-ovariennes dans la veine cave elle-même ou dans ses affluents.

Cette masse sanguine augmente encore la pression du sang veineux, et l'appel fait par la cage thoracique et le cœur en devient moins efficace. Ces causes jointes les unes aux autres, toutes d'ordre mécanique, ne sont pas suffisantes pour expliquer la présence, fréquente du reste, des dilatations qui se voient sur les capillaires veineux. D'ailleurs, s'il n'était pas nécessaire de faire intervenir un autre facteur, toutes les femmes enceintes seraient variqueuses.

Outre cette cause prédisposante qui est un facteur important, il faut faire intervenir les causes individuelles, hérédité, arthritisme, etc., dont nous avons déjà parlé à l'étiologie générale.

La modification que nous signalions tout à l'heure dans la composition chimique du sang nous semble devoir tenir une place plus importante que celle que les auteurs lui ont donnée jusqu'ici. Sans vouloir lui attribuer une action prépondérante, nous croyons qu'il faut en tenir compte, nous basant sur les recherches de Durozier, Vulpian et miss Marshall, qui attribuent les altérations de l'endocarde gauche aux modifications de pression et de composition du sang, la genèse, chez la femme, du rétrécissement mitral pur, maladie tout à fait spéciale au sexe féminin.

La grossesse, avons-nous dit, imprime, dans le fonctionnement physiologique du système nerveux, des changements importants. Sans aller jusqu'à admettre, comme Paul Dubois, une analogie entre le développement hypertrophique du corps thyroïde sous l'influence de la grossesse et la formation des varices, nous dirons, avec Barnes, qu'il y a une action sur tous les vaso-moteurs, action qui favorise peut-être la vaso-dilatation, comme l'admet Guéniot.

Il semble logique d'admettre que les modifications imprimées au système nerveux par la gravidité jouent un rôle important dans la formation des varices. Les grossesses répétées amènent, on le sait, un redoublement dans le nombre et le volume des varices : telle femme qui, lors de sa première gestation, n'avait que quelques veinosités sur les cuisses, voit se développer, quand elle est enceinte pour la seconde ou la troisième fois, de véritables varices aboutissant plus tard à la formation de ces paquets variqueux énormes, assez considérables pour empêcher la marche et dans quelques cas, heureusement rares, gêner l'accouchement.

En résumé, la pathogénie des varices chez les femmes enceintes est complexe. S'il faut tenir compte de l'augmentation de la pression sanguine, de la différence de la composition du sang, de l'état spécial du système nerveux joint à la gêne circulatoire produite par le développement considérable de la tumeur utérine dans la cavité close de l'abdomen, il faut aussi y joindre l'état du sujet, son tempérament et son hérédité, ainsi que la multiparité.

MARCHE

La pathogénie des varices reste donc un peu obscure chez la femme enceinte. Le fait suivant montre bien l'influence des troubles circulatoires sur leur genèse. Il n'est pas rare, chez des femmes multipares, tout à fait au début de leur grossesse, avant même qu'elles ne soient certaines d'être grosses, de voir les varices prendre rapidement un grand développement, développement qu'elles n'avaient pas eu depuis leur dernière

couche. On pourrait dire, dans ces cas, que l'apparition des varices devient un signe de probabilité de grossesse.

Les varices n'apparaissent pas toujours d'emblée; et, chez quelques femmes primipares, on observe des dilatations vasculaires se traduisant par l'apparition sur la peau des membres inférieurs, particulièrement de la face interne des cuisses, de petits réseaux violacés très nets. Aucun symptôme de varices profondes n'existe; pas de pesanteur, pas d'œdème, pas de fourmillements, etc. Chez d'autres, au contraire, ces dilatations se remarquent surtout au niveau du capuchon clitoridien et des grandes lèvres. On ne peut pas dire qu'il y ait des varices proprement dites, mais un état particulier du système veineux qui doit être rapproché du premier degré des varices dont parle Briquet. Souvent, pendant tout le cours de la grossesse, il n'y a pas de modifications dans cet état; mais c'est une sorte de jalon qui, dans le cours des grossesses successives, s'accompagnera des autres modifications qui donneront naissance à des varices vraies.

Quoi qu'il en soit, l'apparition des varices chez la femme enceinte peut survenir d'assez bonne heure, vers la fin du premier mois de la conception, mais plus ordinairement vers le troisième mois. Elles augmentent progressivement de volume jusqu'à la fin de la grossesse et acquièrent quelquefois à ce moment des proportions énormes. Entravant la marche, gênant le rapprochement des cuisses, elles siègent de préférence au niveau de la partie interne du genou, sur l'embouchure de la saphène interne, au cou-de-pied, dans l'épaisseur des grandes lèvres, qui, bosselées et bleuâtres, peuvent atteindre le volume du poing, et tout autour du vestibule et du clitoris, qui se

trouve noyé dans une sorte de masse irrégulière et molle.

Puis le travail se déclare. Pendant l'accouchement, bien que la femme soit dans une position horizontale, les varices du membre inférieur sont torpides ; mais celles qui subissent un accroissement et une tension relativement considérables sont surtout les varices du vagin et les varices vulvaires. A ce moment, et particulièrement pendant la période d'expulsion, les hémorrhoïdes viennent, chez presque toutes les femmes, former autour de l'anus un bourrelet violacé. Chez quelques-unes apparaissent concentriquement des hémorrhoïdes internes devenant procidentes ; très rapidement après l'accouchement, tout ce tableau change, toutes ces veines s'affaissent et se vident en partie, comme si l'hémorragie de la délivrance, en même temps que la cessation de l'effort, diminuant la pression sanguine, permettaient à l'arbre circulaloire de reprendre ses dimensions primitives.

L'accouchement agit donc sur les varices en permettant leur affaiblissement ; et, comme si la diminution de calibre des vaisseaux donnait à la tonicité vasculaire la possibilité de se ressaisir, dans les jours qui suivent on voit petit à petit ces énormes veines sinon revenir à leur volume primitif, tout au moins ne plus présenter de dilatations dont le volume dépasse quelquefois celui du petit doigt.

Le séjour au lit, nécessité par les suites de couches, favorise évidemment cette régression, mais ne fait pas disparaître les varices symptomatiques de la grossesse. Elles restent définitivement acquises, quoique beaucoup moins considérables et beaucoup moins gênantes qu'elles n'étaient pendant la période précédant l'accou-

chement, toutes prêtes dans une grossesse suivante à réapparaître et à s'accroître, plus volumineuses que la première fois, comme si, à l'effet de la première grossesse venait s'adjoindre l'effet de la grossesse suivante.

Les varices des femmes enceintes peuvent quelquefois donner d'utiles indications obstétricales, car elles s'affaissent lors de la mort du fœtus (Budin-Rivet), en même temps que se modifie la circulation utérine.

Les varices sont, dans la majorité des cas, une complication bénigne de la grossesse. Il n'en est pas toujours ainsi; elles peuvent s'accompagner d'accidents quelquefois graves, toujours fâcheux du moins, dans le cours de l'état puerpéral.

Nous n'insisterons pas sur l'œdème des membres inférieurs, qui peut accompagner les varices. Il est important toutefois de savoir le distinguer de l'œdème des albuminuriques et des affections cardiaques dont la valeur pronostique est bien différente.

L'eczéma monte volontiers sur les membres variqueux, les démangeaisons qui en résultent ont souvent comme conséquence des lésions de fracture pouvant amener la rupture des veines variqueuses.

L'accident le plus fréquent est la rupture variqueuse; mais ici il faut établir une distinction. La rupture variqueuse peut avoir lieu dans le cours de la grossesse et siéger sur les membres inférieurs, plus rarement dans les organes génitaux; elle succède habituellement au traumatisme. Elle ne diffère pas, comme gravité, des ruptures variqueuses ordinaires, et l'hémorragie s'arrête très rapidement à la suite de la compression; mais quelquefois l'hémorragie provenant des varices vaginales ou vésicales peut, par

suite de la difficulté de voir l'ouverture du vaisseau et d'agir sur elle, être assez considérable pour, sinon entraîner la mort, comme il en existe quelques exemples, du moins mettre la femme dans un état assez grave.

Ces ruptures peuvent se faire soit à l'air libre, soit, au contraire, être sous-cutanées et amener dans le tissu cellulaire un hématome assez volumineux. En général, si elles siègent sur les membres, elles ne s'accompagnent d'aucun accident sérieux; mais, dans certains cas pourtant, elles peuvent, en l'absence d'antisepsie, devenir l'origine d'une phlébite suppurée.

Les ruptures variqueuses qui sont les plus fréquentes sont celles qui se font au moment de l'accouchement. Ces ruptures ont lieu au niveau des veines variqueuses, soit du vagin, de la vulve ou du col utérin. Ici, le mécanisme se conçoit facilement. La tête du fœtus, poussée par les contractions utérines, s'engage dans l'excavation et, après avoir franchi le col, vient, à chaque contraction utérine, appuyer sur le plancher périnéal. A ce moment, elle accomplit sa rotation et vient se placer en occipito-pubienne. Ce mouvement combiné de descente et de rotation, joint à la pression que ce corps dur vient exercer sur les parois vaginales distendues, met un comble à la gêne mécanique de la circulation veineuse, tandis que la femme fait en même temps de violents effort d'expulsion.

Toutes ces causes réunies nous expliquent la rupture des veines variqueuses du vagin. Mais bientôt, l'occiput venant se dégager sous le pubis, froissant, tandis que le dégagement s'accomplit, les veines variqueuses péri-clitoridiennes, la distension extrême de

la vulve par le passage successif des circonférences sous-occipitales de la tête amène des éraillures, des déchirures de la muqueuse, quelquefois des parties plus profondes. Ces déchirures entraînent la rupture, l'éclatement des veines sous-jacentes que ces tissus élastiques doublaient et maintenaient en quelque sorte. On voit le sang qui s'écoule, non pas en bavant, comme on pourrait s'y attendre, mais en jet, par suite de l'augmentation de tension dans le système circulatoire vulvo-périnéal.

A côté de ces ruptures complètes, il est intéressant de signaler une variété particulière de rupture interstitielle. Cette rupture, assez fréquente, tient à la déchirure longitudinale de la tunique interne et de la tunique moyenne épaissie. Il en résulte la formation d'un caillot se prolongeant dans la veine, s'accompagnant d'une induration douloureuse et entouré dans les pièces qui suivent d'une teinte ecchymotique, qui, jusqu'à la résolution, passe par les différentes couleurs qu'on rencontre habituellement dans ces cas.

Il est difficile de dire sous quelle influence se produit cet accident, qui s'accompagne d'une douleur assez vive au siège même de la lésion, sans élévation de température.

Les symptômes ont fait passer cette variété de rupture incomplète de la varice complètement inaperçue. On les confondait avec les inflammations locales et circonscrites (1). Nous croyons au contraire que, dans

(1) Ce qui a trait aux ruptures interstitielles des veines variqueuses des femmes enceintes nous a été communiqué par le Dr Chavanne, qui a bien voulu nous permettre de les signaler ici.

beaucoup de cas, ces phlébites et ces thromboses bénignes ne sont autres que ces ruptures interstitielles.

Cette complication habituellement peu grave, qui se rencontre fréquemment chez les femmes enceintes, siège plus particulièrement sur le trajet des veines afférentes aux saphènes, nécessite ordinairement un repos de quelques jours, dont les malades souffrent d'autant moins que cet accident survient souvent dans les jours qui précèdent ou suivent immédiatement l'accouchement.

La phlébite et la thrombose vraies sont assez rares; et si, encore une fois, on lit dans les auteurs classiques que la phlébite est relativement fréquente, cela tient, comme nous venons de le dire, à la confusion que l'on a faite avec la rupture interstitielle, dont nous avons parlé plus haut. Néanmoins, cette phlébite est indiscutable pendant la grossesse et quelquefois dans les suites de couches en dehors de tout état infectieux, ou tout au moins en dehors d'un état infectieux se manifestant par les signes sensibles habituels, c'est-à-dire des lochies fétides, des frissons, de l'élévation de température, etc. Ce qui est certain c'est que ces oblitérations veineuses, cette inflammation des parois variqueuses, ne suppurent habituellement pas. Mais une embolie pulmonaire peut en être la conséquence.

Faut-il ranger, dans les complications des varices, le thrombus vulvaire, vaginal ou péri-utérin ?

Il est possible que, dans un certain nombre de cas, ainsi que le dit Blot, la rupture sous-cutanée des varices amène le thrombus. Cette étiologie est très admissible pour le thrombus qui survient avant l'accouchement; mais, pour le thrombus qui accompagne la sortie du fœtus, M. Budin pense qu'il est plus sou-

vent dû au décollement de la paroi vaginale en dehors de tout état variqueux. Le thrombus ne devra donc pas toujours être considéré comme une complication des varices des organes génitaux externes.

Une complication intéressante et qui revêt chez la femme enceinte une allure tout à fait particulière, c'est l'ulcère variqueux, non pas que l'ulcère variqueux prenne chez la femme enceinte un aspect très différent de ce que l'on trouve habituellement dans le cours des varices anciennes. Néanmoins, cet ulcère est en général de moindre étendue, ses bords sont moins calleux. Ce qui nous intéresse surtout ici, chose très remarquable, c'est l'influence que l'accouchement exerce sur lui. Il est possible, pendant le cours de la grossesse, avec un repos absolu, d'enrayer et même de guérir complètement l'ulcère variqueux ; mais, aussitôt l'accouchement terminé, on voit, dans les jours qui suivent, cet ulcère se combler par des bourgeons charnus, abondants et variqueux, et les îlots cutanés en envahir la surface en peu de jours ; de telle sorte que, après ses suites de couches, la femne est habituellement guérie de son ulcère. Ce fait est extrêmement intéressant si on le compare à ce qu'on observe d'ordinaire chez les variqueux, dont les ulcères sont rebelles aux traitements les mieux dirigés.

Enfin, une complication plus rare, ce sont les crises hémorrhoïdaires graves et, surtout à la suite de l'accouchement, l'étranglement des hémorrhoïdes internes, étranglement produisant chez les femmes qui en sont atteintes des crises douloureuses extrêmement vives. Ici encore, cet étranglement et ces crises hémorrhoïdaires revêtent une allure spéciale. Survenant le plus souvent pendant le travail, au moment

des efforts d'expulsion, elles nécessitent rarement une intervention active et, au bout de quelques heures, une journée, tout rentre habituellement dans l'ordre.

TRAITEMENT

Les varices, ainsi que nous venons de le voir par tout ce qui précède, — et bien entendu nous ne faisons guère ici que l'étude des varices des membres inférieurs, — étant une affection à marche essentiellement progressive, il y a urgence et nécessité à les traiter.

Il y a cependant dans la science quelques cas de varices dont le traitement a amené des accidents graves, et nous devons les citer pour être complet.

Chaussier, dit M. Schwartz, raconte le fait d'une dame affectée d'asthme, à laquelle il était survenu des varices et de l'enflure aux jambes. Chaque fois qu'avec son bandage elle voulait comprimer ses jambes qui la gênaient pour paraître à la cour, elle était prise d'étouffements et d'accidents graves qui ne cessaient qu'après l'ablation de la compression. « Il est presque certain pour nous, ajoute-t-il, que cette dame était cardiaque, qu'elle avait un œdème probablement cardiaque et des dilatations veineuses sous la dépendance des troubles de la circulation centrale ; elle finit d'ailleurs par périr d'hydrothorax, parce qu'elle recommençait sans cesse la même pratique. Briquet tient de Chaussier l'histoire d'une cuisinière qui reconnaissait le début d'une grossesse par le développement de varices ; elle n'avait, pour provoquer l'avortement, qu'à comprimer ses jambes dans des

bandages ; elle racontait avoir souvent déjà usé de ce moyen.

« P. Dubois, d'après Budin, insistait dans ses cliniques sur les accidents qui peuvent être la conséquence de la compression des membres inférieurs chez les femmes atteintes de varices, et Depaul lui-même dit avoir vu de petites hémorragies utérines et des hémorragies pulmonaires se déclarer par l'usage des bas élastiques et disparaître en cessant de les porter. »

Girod cite un cas de rétention d'urine chez un homme de vingt-sept ans, auquel on appliqua un bandage compressif sur les varices ; la rétention cessa dès que celui-ci fut enlevé (1814). La rétention dans ce cas paraît, à M. Schwartz, due à la réplétion des plexus veineux vésicaux et péri-prostatiques, sous l'influence du dégorgement du système veineux du membre inférieur.

Un autre fait de Girod est également fort intéressant : chez une jeune fille, des varices étaient apparues et grossissaient beaucoup à chaque époque menstruelle présumée, car le sang n'avait pas encore paru ; des essais de compression amenaient régulièrement chez elle des accès de suffocation, qui cessaient dès que le bandage était enlevé. Tous ces accidents disparurent après l'apparition des règles, et les varices cédèrent alors à la compression méthodique.

1° Il y a, dit Follin, des varices spontanées qu'il faut savoir respecter, et de ce nombre sont assurément celles qui sont le siège d'hémorragies périodiques et remplacent les règles supprimées ; il y en a d'autres qui sont symptomatiques d'une grossesse, d'une tumeur, d'un anévrysme variqueux, et qu'on ne

peut guérir qu'en s'adressant à la cause qui les a produites; mais, en dehors de ces deux conditions, les varices exigent un traitement.

2° Il semble donc que, dans quelques cas, il puisse y avoir contre-indication à traiter les varices; mais les observations que nous venons de citer sont absolument exceptionnelles; nous les avons relatées presque à titre de curiosité, et elles n'entament en rien le principe général, qui est d'instituer un traitement contre les varices.

3° On a préconisé à une certaine époque un traitement général par les saignées, les purgatifs; mais il ne serait indiqué qu'au cas où des varices douloureuses, pénibles à supporter, seraient symptomatiques de quelque état pléthorique, consécutif lui-même à un obstacle à la circulation. Ce sont des moyens locaux qu'il faut opposer aux varices, et ce traitement intervient soit pour pallier, soit pour guérir radicalement les varices. On agit tantôt directement sur la veine, tantôt indirectement, quand on fait porter les moyens locaux au-dessous du vaisseau variqueux. Quoi qu'il en soit du traitement qu'on met en usage, il est certaines précautions à prendre dans tous les cas pour en assurer le succès : c'est d'enlever toute constriction, soit de l'abdomen, soit des membres inférieurs, de faire cesser la station verticale prolongée et toutes les causes d'irritation cutanée par des topiques résolutifs ou émollients.

Il faut recourir au traitement, dit M. Quénu, dès que, grâce aux signes que nous devons à Verneuil, on est en droit d'affirmer le développement de varices profondes. Quelque pathogénie qu'on adopte et quelque large que soit la part faite aux influences consti-

tutionnelles, il n'en est pas moins accepté de tous que les causes locales de gêne circulatoire aggravent singulièrement l'état phlébectasique. L'indication principale se réduit donc, en somme, à favoriser le plus possible le cours du sang veineux, soit en écartant les obstacles mécaniques, soit en suppléant à l'insuffisance du tonus veineux par l'application d'un soutien extérieur adapté à la surface du membre.

« Suivre une hygiène spéciale, porter un bandage convenable, tels sont les deux préceptes qui résument la thérapeutique des varices des membres. De la sorte, on peut espérer, sinon guérir les varices, du moins réduire leurs inconvénients au minimum. »

Par opposition à ce traitement palliatif, on a coutume de décrire un traitement qui a la prétention d'être curatif; il consiste à provoquer, par un moyen ou par un autre, l'oblitération des veines ou plutôt d'un groupe de veines variqueuses. En effet, on n'agit guère opératoirement que sur les veines superficielles; nous savons qu'en général leur altération comporte celle des veines profondes; mais, fût-elle limitée aux veines sous-cutanées, la phlébo-sclérose ne saurait être considérée comme circonscrite aux segments veineux sur lesquels on fait porter l'action chirurgicale; donc, on ne s'attaque qu'à une partie du mal, on remédie par une opération à certains accidents, on en prévient d'autres; il est grandement exagéré d'en conclure qu'on a obtenu la guérison radicale des varices. Le traitement opératoire n'est et ne peut être que palliatif.

M. Schwartz est d'un avis absolument identique :

« Par le traitement dit curatif, le chirurgien attaque es varices elles-mêmes; malheureusement, le but

atteint ne répond presque jamais à une cure radicale, terme encore employé de nos jours, et bien à tort, selon nous. Certainement, nous pouvons arriver à supprimer telle ou telle varice gênante et douloureuse ; nous pouvons, grâce aux bienfaits de l'antisepsie, agir sur les veines avec une très grande sécurité, sans avoir à redouter les accidents qui avaient jeté dans le discrédit le plus complet les anciens procédés de cure radicale des varices ; mais obtenons-nous la guérison de l'état variqueux? Presque jamais, il faut le dire ; et cela s'explique bien lorsqu'on réfléchit que les varices sont, la plupart du temps, superficielles et profondes ; nos moyens d'action se bornent aux vaisseaux accessibles, mais les profonds y échappent. Même pour les superficiels, pour une varice que nous supprimons, s'en développent ensuite deux ou trois autres à son voisinage.

« Et puis, puisque les varices sont sous la dépendance fréquente d'états constitutionnels, ne voit-on pas qu'en les supprimant on n'agit que sur un état local qui n'est lui-même que l'effet d'une disposition générale de l'économie. Si celle-ci n'est pas modifiée, la richesse des membres en veines nous explique surabondamment la reproduction de l'état variqueux ou des points jusque-là indemnes. Telles sont les principales raisons qui nous empêchent de croire beaucoup à la cure radicale des varices dans le sens strict du mot, c'est-à-dire suppression de l'état variqueux d'un membre ; mais elles ne nous empêchent pas de penser que, dans certains cas, les procédés dits de cure radicale ne doivent pas être employés, surtout s'ils sont inoffensifs et répondent au but que nous recherchons. »

Le seul traitement vraiment curatif serait celui qui,

s'adressant à tout le système veineux d'un membre, serait capable de rendre aux parois vasculaires leur structure normale. On a récemment vanté l'usage de l'*hamamelis virginica*, qui, à la dose de 3 à 7 grammes par jour d'extrait fluide, aurait amené des guérisons complètes. Musser, dans le *Philadelphia medical Times*, 1883, dit que les effets bienfaisants de ce médicament se feraient sentir après un mois d'administration. Il n'est pas besoin de dire (M. Quénu) que la réserve est de rigueur jusqu'à plus ample observation.

TRAITEMENT PALLIATIF

Ce traitement comprend des moyens hygiéniques, des moyens orthopédiques, des moyens chirurgicaux proprement dits.

Moyens hygiéniques.— Certaines règles d'hygiène sont particulièrement recommandables aux variqueux. Les malades atteints de varices devront éviter toute fatigue exagérée, redouter surtout la position debout longtemps prolongée, les marches longues, les exercices, tels que la chasse, la danse, etc. Ils devront supprimer les vêtements qui les serrent soit au tronc, soit en un point des membres. La marche leur est assurément moins nuisible que la station prolongée ; les jarretières, les ceintures devront être absolument proscrites.

De plus, on peut conseiller les ablutions froides ou chaudes (celles-ci à 40 degrés au moins), et l'on doit réclamer des patients une propreté minutieuse et les engager à éviter toute cause d'irritation de la peau. Les ablutions froides devront être en même temps astringentes, de façon à tonifier la peau, et, si des

lavages chauds sont recommandables, il faut proscrire les bains chauds et prolongés, qui sont toujours amollissants pour les tissus.

Malheureusement, ces conseils, qui sont connus et mis en pratique de toute antiquité et qu'on peut, à la rigueur, faire suivre aux gens aisés et d'une certaine condition sociale, sont pour la plupart impraticables pour les ouvriers, parmi lesquels on rencontre le plus de variqueux. De plus, s'ils suffisent, dans certains cas, pour atténuer les inconvénients des varices et empêcher leur développement, dans d'autres cas, au contraire, celles-ci n'en progressent pas moins et réclament alors l'usage des moyens orthopédiques, sur lesquels nous allons maintenant insister, car ce sont là ceux que mettent en usage la plupart des chirurgiens.

MOYENS ORTHOPÉDIQUES

1° *Position.* — De tous temps, les chirurgiens ont observé l'influence de la position sur le volume des varices. Déjà Ætius prescrivait une situation convenable à donner aux membres variqueux, et, de nos jours, Gerdy a démontré son utilité par ses recherches sur l'influence de la pesanteur dans les maladies chirurgicales (Follin). Le malade (Schwartz) doit être placé dans une position telle que le cours du sang veineux n'éprouve aucun obstacle de par la pesanteur ; quoique nous ayons montré qu'il ne faut pas attribuer à cette dernière l'action essentielle sur la production des varices que certains auteurs lui avaient accordée, il n'en est pas moins vrai que la position horizontale ou plutôt légèrement relevée des membres inférieurs

amène la diminution momentanée des dilatations, leur affaiblissement dans les cas légers et surtout la disparition rapide des troubles fonctionnels qui seraient dus aux varices profondes.

Mais, en tout cas, la position seule n'est qu'un léger palliatif, un adjuvant utile des autres moyens curatifs, mais qui ne peut être employé que durant un temps assez limité. En tout cas, ce n'est jamais qu'un moyen temporaire; dès que le malade se lève, ses varices reparaissent. « Il nous est arrivé plus d'une fois, dans nos services hospitaliers, dit M. Schwartz, de voir des malades atteints de varices volumineuses rester couchés pendant quelque temps pour une tout autre affection; leurs varices avaient diminué, c'est vrai, pendant le séjour au lit; mais, dès le premier lever, elles reparaissaient comme d'abord. »

2° *Compression.* — Il s'agit ici de la compression générale (Follin) qui favorise la circulation en prêtant un point d'appui latéral à la paroi veineuse, vide les veines superficielles aux dépens des profondes, facilite la résorption de la sérosité épanchée, provoque la résolution de l'irritation cutanée et enfin prévient l'ulcération. La compression dans le traitement des varices remonte à la plus haute antiquité, et déjà Hippocrate l'avait conseillée. Depuis lui, elle a été recommandée par presque tous les chirurgiens comme le premier moyen à mettre en usage.

Elle consiste à entourer le membre variqueux, depuis son extrémité jusqu'à une certaine hauteur, selon le point où s'arrête l'état variqueux, d'un bandage fait ou préparé de différentes façons.

Verneuil (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1854) et Gaujot (*Arsenal de la chirurgie contempo-*

raine, t. I) ont résumé les différents procédés de compression; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire, avec M. Schwartz, la division de Verneuil :

« 1° On peut employer le bandage roulé ordinaire, fait avec une bande de toile assez ferme et très méthodiquement appliquée; ce moyen est défectueux, parce que la bande se desserre souvent dans les mouvements du membre et que, dès lors, la compression n'est pas égale en tous les points; si l'on n'avait pas d'autre ressource, il faudrait réappliquer la bande tous les matins.

« 2° On a proposé des bandelettes de diachylon, imbriquées; la pression peut être ainsi très régulière et assez solide; d'autre part, l'appareil est tout à fait inextensible et gêne les mouvements du membre, tandis que, de l'autre, le contact de la substance emplastique est fort irritant pour la peau.

« 3° Le bas lacé est beaucoup plus usité; il doit être fait sur mesures, en coutil de fil assez fort, ou mieux encore en peau de chien, qui prête sans perdre son élasticité; il est lacé sur le côté et s'étend depuis la moitié du pied environ jusqu'au-dessus du genou. On doit interposer entre sa face profonde et le tégument une couche plus ou moins épaisse de coton cardé, dans le double but de combler les vides et les inégalités qui existent toujours entre le membre et le bas, et de rendre ainsi la compression plus douce et plus uniforme. D'ailleurs, comme le coton est facile à changer, on peut éviter ainsi de salir trop vite l'appareil compresseur. Le bas doit être lacé très soigneusement et il faut éviter surtout de le serrer plus fortement en haut qu'en bas, et au niveau du mollet particulièrement; si cette précaution n'est point observée, il

peut survenir de l'œdème à la partie inférieure, ou une gêne insupportable pendant la marche. L'application du bas lacé est plus difficile qu'on ne pense. Mal faite, elle peut devenir la source de quelques accidents ; aussi a-t-on songé depuis longtemps à lui substituer d'autres appareils plus faciles à employer.

« 4° Larrey avait déjà proposé et mis en usage des bas tricotés en fil fort et à mailles assez larges, qu'on mettait comme des bas ordinaires. Lisfranc conseille de faire en caoutchouc la partie du bandage qui correspond au mollet, pour permettre aux muscles de cette région d'agir librement pendant la marche.

« 5° On a fabriqué, dans ces dernières années, des bas élastiques, dits bas Leperdriel, qui joignent l'élasticité à une force de constriction assez grande ; ils sont moitié en fil de chanvre, moitié en fil de caoutchouc ; leur usage est très avantageux et leur application facile ; ils doivent être faits sur mesures et séparés de la peau par un bas en tissu doux et fin. On devra les préférer aux autres appareils. Bien faite, la compression peut rendre de grands services ; mais elle peut, par suite de la négligence des malades, causer des accidents assez sérieux et aller à l'encontre du but que l'on se propose. Aussi doit-elle être soumise à certaines règles dont il ne faut pas se départir. Il ne s'agit pas, en effet, d'ordonner des bas élastiques, il faut encore surveiller leur application et même présider, si on le peut, aux premières. » (Verneuil, *Journal des conn. médico-chirurgic.*, juin 1854).

« Pour appliquer pour la première fois le bas élastique, dit M. Schwartz, on tiendra le malade couché préalablement pendant quelques heures, puis on le fera lever et marcher avec l'appareil, pour savoir s'il

est assez serré et uniformément. Il devra comprimer depuis le milieu du dos du pied jusqu'au-dessous du genou, si les varices sont limitées à la jambe ; jusqu'au-dessus du genou, si les varices empiètent sur cette région ; quelquefois même un cuissard est nécessaire lorsque les dilatations veineuses se prolongent jusque sur la cuisse. L'appareil compressif devra être enlevé tous les soirs ; on devra faire sur le membre de grands lavages avec des liquides astringents, entretenir une propreté minutieuse. Malheureusement, c'est ce qui n'existe pas généralement pour les gens de la classe ouvrière ; aussi voit-on souvent le bas élastique donner lieu à des irritations cutanées, à des desquamations épithéliales, à des excoriations, etc., tandis que le tissu du bas lui-même s'altère sous l'influence des sécrétions cutanées et souvent de la sueur qui est plus abondante de par les varices mêmes. »

C'est le bas élastique que les chirurgiens prescrivent presque toujours aujourd'hui ; cependant, le bas lacé a encore ses indications. Il doit être ordonné, d'après M. Verneuil, « lorsque les varices sous-cutanées sont volumineuses, que la peau est mince, mais saine, que les sujets se livrent à de rudes travaux. S'il existe des veinosités nombreuses, si le membre est turgescent ou œdémateux, la peau disposée à s'excorier facilement, s'il y a des ulcères ou des cicatrices, il vaut mieux de toute façon employer le bas élastique. » (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juillet 1861).

M. Schwartz ordonne volontiers à ses malades soigneux le bas élastique lacé, qui est la combinaison des deux bas élastique et lacé ; il présente, dit-il, l'avantage d'exercer comme le bas lacé une com-

pression graduée chaque jour et, de plus, son tissu est doux et souple et se moule mieux que le bas lacé ordinaire sur les différentes rentrées et saillies du membre ; son application nécessite plus de temps et plus de soins, mais aussi elle paraît plus efficace.

En résumé, ajoute-t-il, la compression bien faite et bien appliquée nous paraît un excellent moyen, surtout aujourd'hui que nous avons en notre possession les appareils élastiques, et certes Briquet ne s'élèverait plus contre l'usage des bandages, comme il le faisait de son temps. C'est la méthode de traitement de choix.

Cette compression (Nelaton) est comme une aponévrose qui agit sur les veines superficielles de la même façon que la véritable aponévrose agit sur les veines profondes. Elle fait cesser la distension de la peau qui recouvre les varices en présentant un nouvel épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire et provoque l'absorption du liquide déjà épanché. La compression amène aussi la résolution de l'inflammation chronique de la peau et prévient souvent son ulcération. Quand elle est bien faite, elle empêche la circulation collatérale de s'établir, elle soutient toutes les veines, les force à recevoir une quantité de sang égale, uniforme, proportionnée à leur calibre, et oblige l'excédent du sang à passer dans les veines profondes. Enfin, elle prévient également l'inflammation des varices elles-mêmes, les abcès et les ulcères variqueux qui pourraient en résulter.

Dans les varices profondes sans participation des veines superficielles, on aura aussi recours à la compression. Dans ces circonstances, la simple applica-

tion d'un bas lacé ou d'un bas élastique suffit pour faire disparaître tous les accidents.

Mais, bien que ce soit la méthode de choix, comme nous venons de le dire, elle ne doit pas, comme d'ailleurs toute méthode de traitement, être appliquée à l'aveugle à tous les cas indistinctement; elle a ses indications et contre-indications. Quoique parfaitement innocente par elle-même, la compression n'est pas sans offrir quelques inconvénients. Souvent elle ne peut être maintenue d'une manière constamment égale et invariable, à cause de la profession ou de l'indocilité des malades, ou parce que le moyen compressif se relâche et que les parties molles diminuent de volume après son application. En outre, elle gêne et fatigue considérablement, cause dans quelques cas des excoriations, des suintements, qui obligent à renouveler fréquemment l'appareil, sous peine de le voir s'imprégner de sueur, de la matière à suintement, etc., et de produire quelquefois un érysipèle. Quelquefois, à la suite de marches forcées, de travaux pénibles, les parties se tuméfient et se trouvent trop serrées; on en est quitte alors pour desserrer l'appareil.

Bien entendu, la compression sera surveillée et graduée avant d'en arriver à une compression énergique. Budin, comme nous le verrons plus loin, conseille la compression, qui, pour lui, doit être le seul traitement appliqué aux varices pendant la grossesse.

La compression sera laissée de côté chez les individus à varices tendues, menaçant de se rompre par ulcération ou trop douloureuses pour supporter l'action d'un bandage compressif; on pourra alors faire précéder ce bandage de moyens résolutifs, employer les antiphlogistiques locaux. Boyer et S. Cooper

employaient les sangsues, qui ne sont plus guère mises en usage aujourd'hui.

On prescrira aussi la compression chez les sujets dont les jambes sont ulcéreuses, chez ceux qui sont affectés de phlébite superficielle ou profonde, enfin lorsqu'elle donnera lieu à des douleurs. Il faudra d'abord, naturellement, combattre les accidents.

Ajoutons, pour terminer ce qui a trait à ce paragraphe, que les bas sont dits simples quand ils s'arrêtent au-dessous du genou, avec genouillères quand ils comprennent le genou, avec genouillères et cuissards quand ils s'appliquent aussi sur la cuisse. Lorsque les varices sont très développées à la cuisse, ou lorsqu'elles se compliquent de sciatique, il importe de faire remonter le bandage jusqu'au pli de l'aine; et, comme il est souvent difficile de l'y maintenir, on est obligé d'ajouter une véritable ceinture. Le malade porte alors non plus un bas, mais un caleçon élastique (Note de M. Quénu).

3° *Réduction.* — Ce procédé est un procédé ancien et que nous ne relatons que pour mémoire, d'après Nélaton.

La réduction consiste dans une manœuvre destinée à faire circuler le sang qui stagne dans les veines variqueuses. C'est surtout lorsque les varices sont constituées par des veines très dilatées et très flexueuses que ce procédé trouvait son application. En effet, dans ces cas, le sang circule avec peine et se coagule; il convient alors de presser légèrement sur la tumeur, de manière à désagréger les caillots, de la réduire, en un mot, comme on réduirait une hernie. On fait remonter peu à peu le sang des extrémités vers le cœur, et, lorsqu'il ne reste plus d'obstacle au cours

du sang, on a recours à la compression. Lorsque le coagulum est très consistant et la veine enflammée, des applications émollientes suffisent quelquefois pour permettre la manœuvre que nous venons de décrire.

On conçoit facilement pourquoi cette méthode est prescrite aujourd'hui. En effet, si l'on peut réduire facilement et sans danger le sang liquide accumulé dans des veines variqueuses et non enflammées, on comprend combien il serait dangereux d'exercer des manœuvres quelconques sur une veine atteinte de phlébite ou sur une veine dans laquelle le sang est coagulé. Dangers de phlébite plus intense, dangers d'embolie, tout se trouve réuni pour écarter ce mode de traitement, qui, lorsque le sang est liquide, ne peut amener, par contre, aucune amélioration, puisque la veine reste dilatée et altérée malgré lui.

4° *Ponction.* — Ici encore, c'est en quelque sorte un procédé historique que nous mentionnons et qui n'a plus aucune raison d'être actuellement, où nous avons à notre disposition des procédés beaucoup plus efficaces et moins dangereux.

« Lorsque les varices sont enflammées, tendues, douloureuses, gorgées de sang liquide plus ou moins solide, dit Nélaton, qu'elles menacent de se rompre sous la peau ou avec la peau ; quand on a eu vainement recours à une compression légère, et préalablement à la compression, aux antiphlogistiques locaux, la ponction de la veine est indiquée ; on lui fait une ouverture assez grande pour évacuer le sang liquide, voire le sang coagulé. Quand une ouverture n'était pas suffisante, J.-L. Petit en pratiquait plusieurs. Ces saignées font en général cesser les accidents comme par enchantement. Il ne paraît pas que J.-L. Petit et

les autres chirurgiens qui les ont pratiquées aient jamais eu à s'en repentir. »

Dans l'état actuel de la science, il serait superflu d'indiquer les dangers possibles de cette intervention et en tout cas son infériorité par rapport aux autres procédés chirurgicaux que l'antisepsie nous permet d'employer, et sur lesquels nous allons insister dans un instant.

5° *Débridement.* — Ce procédé dérive d'une idée tout anatomique. Hérapath (de Bristol), convaincu que les veines subissent un étranglement au niveau des orifices aponévrotiques, conseilla de débrider l'orifice que traverse la saphène interne au niveau du fascia cribriformis et celui qui livre passage à la saphène interne à la région du jarret. Verneuil fait également intervenir la première cause pour expliquer les varices profondes. Quoi qu'il en soit de l'idée théorique, Hérapath souleva un pli de la peau d'une étendue suffisante, vis-à-vis de l'orifice aponévrotique de la saphène interne, qui était révélé par la prolongation de la veine jusque-là ; on mit à nu la veine et l'anneau ; le vaisseau étant déprimé, un bistouri fut glissé dans l'orifice et en divisa le bord supérieur ; la varice s'affaissa immédiatement et la plaie fut réunie par deux points de suture. L'auteur affirme que l'opération a guéri son malade, ce qui n'est possible, comme le dit judicieusement Malgaigne, que si la dilatation était purement varicoïde.

Malgaigne pratiqua, lui aussi, une fois cette opération et nous dit que le manuel opératoire rappelle celui du débridement herniaire : « S'il s'agit d'élargir l'orifice que traverse la saphène interne au niveau du fascia cribriformis, on met ce fascia à découvert, on le

dissèque avec soin, on déprime avec l'index la tumeur variqueuse, et un bistouri aigu ou boutonné, introduit dans l'anneau fibreux que traverse la veine, débride son rebord semi-lunaire dans l'étendue d'un demi-pouce. » Le but pratique n'a guère été atteint (Follin), car, dans le cas de Malgaigne, il y eut phlébite adhésive, bien qu'aucune veine n'eût été lésée, et l'amélioration qu'il signale dériva probablement de cette inflammation même. Or, on comprend tout le danger de provoquer une phlébite, même adhésive, et dont la nature est de s'étendre dans le voisinage de la veine fémorale, qui peut s'oblitérer. Aussi, ne pouvons-nous que nous associer à l'opinion de M. Schwartz, qui ne conseille pas l'emploi de ce moyen.

TRAITEMENT CURATIF

« Nous nous sommes déjà expliqué, dit M. Schwartz, sur la valeur comparée du traitement dit curatif des varices des membres ; il n'est pas moins vrai que, dans certaines conditions, le chirurgien est autorisé à l'entreprendre, d'autant plus que, sous le couvert de la méthode antiseptique, les opérations autrefois préconisées et rééditées aujourd'hui, sont devenues beaucoup moins graves. Quelles sont les indications du traitement curatif ou chirurgical des varices? Lorsque des varices douloureuses ou menaçant de se rompre, ou bien encore compliquées d'ulcères rebelles à tout traitement existeront chez les individus jeunes encore et obligés de gagner leur vie, que le chirurgien aura épuisé tous les moyens de traitement palliatif, quelquefois même avant de les avoir essayés, vu leur

application impossible ou pour le moins inefficace, on sera autorisé, et cela d'autant plus que les varices seront limitées, à chercher leur suppression par les différents procédés que nous allons exposer, quitte à les apprécier ensuite. Nous n'insisterons, bien entendu, que sur ceux qui sont reconnus les plus efficaces et les moins dangereux, deux conditions essentielles, à nos yeux, lorsqu'il s'agit d'une opération à l'aide de laquelle on ne peut espérer, dans la plupart des cas, qu'atténuer et non guérir l'affection à laquelle on s'adresse. »

Les procédés thérapeutiques des varices ne sont certes pas chose nouvelle. Dès la plus haute antiquité, les chirurgiens, préoccupés de trouver un moyen de guérir radicalement les varices, les avaient déjà préconisés plusieurs fois.

C'est ainsi que nous lisons dans Plutarque (*Vie de Marius*, traduction Amyot) la relation de l'opération pratiquée sur Marius, en vue de le délivrer des énormes varices dont il était atteint aux deux membres inférieurs. Le chirurgien eut recours à l'extirpation sanglante, ainsi que le prouve le récit suivant :

« C. Marius s'estant mis entre les mains des chirurgiens, car il avait les cuisses et les jambes pleines de grosses veines eslargies et s'en faschant parce que c'était chose laide à voir, si bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besougner, sans vouloir estre lié, comme a accoutumé de faire en cas semblable, et endura patiemment toutes les extrêmes angoisses de douleur qu'il était forcé qu'il sentist quand on l'incisoit, sans remuer, sans gémir, ni soupirer, avec un visage constant et asseuré, sans jamais dire un seul mot ; mais quand le chirurgien, ayant fini à la pre-

mière cuisse, voulait aller à l'autre, il ne la voulut pas bailler, disant : « Je vois que l'amendement ne vaut pas la douleur qu'il faut endurer. »

Celse eut aussi recours à ce genre d'opération (1). A. Paré, persuadé que les varices étaient produites par un afflux de sang trop considérable dans les veines, pensait qu'en interrompant la colonne sanguine en différents points on arriverait à la guérison, et c'est dans ce but qu'il pratiquait de nombreuses ligatures, ainsi qu'il le raconte lui-même : « On coupe souventes fois la veine en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genou, où à la plupart se trouve l'origine de production de la veine variqueuse, car communément plus bas elle se divise en plusieurs rameaux, en raison de quoi l'opération est plus malaisée... La ligature doit être laissée jusqu'à ce qu'elle tombe de soi-même. »

Dionis (*Cours d'opération de chirurgie démontrée au Jardin royal ;* Paris, 1714, 2e édition, p. 638) nous donne la description d'un manuel opératoire fort précis :

« La deuxième manière est de marquer avec de l'encre la peau qui est sur la varice et de la marquer de la longueur de trois travers de doigt, de soulever ensuite cette peau en la pinçant, d'en tenir un côté et de faire tenir l'autre par un serviteur, puis avec le bistouri de couper la peau à l'endroit marqué et, l'ayant relâché, de disséquer avec un scalpel ou un

(1) Tous ces détails historiques sont admirablement traités dans la remarquable thèse de M. Charrade, où nous avons puisé largement et dont nous citerons les passages presque entièrement (Paris, 1892).

déchaussoir le vaisseau variqueux et passer par-dessous une aiguille enfilée de deux fils, de couper ces fils proche l'aiguille, d'en couler un au-dessous de la varice, l'autre au-dessus, de lier ces fils à un bon pouce l'un de l'autre pour avoir la liberté de couper la veine entre les deux fils avec des ciseaux ou de la laisser si on juge à propos. »

Everard Home, dit M. Charrade, pratiquait la ligature à distance, faisant pour les tumeurs variqueuses le même raisonnement que pour les anévrysmes. Il pensait y amener la coagulation du sang en oblitérant la veine à une certaine distance des tumeurs et des renflements par une ligature ; il comptait surtout agir de cette façon sur les ulcères variqueux qui compliquent si souvent les varices. Son procédé détermina de nombreux accidents qui le firent abandonner.

J.-L. Petit conseille l'extirpation des varices, et voici ce qu'il dit à ce sujet : « A l'égard de leur destruction totale, je la pratique dans deux cas : lorsqu'il y a un gros paquet variqueux enflammé et douloureux, on fait une ligature au-dessus et au-dessous, et on emporte la tumeur avec une portion de la peau ; on ne fait encore l'opération que lorsque la varice se trouve placée dans un lieu incommode ou lorsqu'elle cause quelque difformité apparente. »

Ce précepte a été suivi par Boyer, Richerand et plusieurs autres, qui ont dans leur temps extirpé avec succès des varices. Le procédé avait été complètement mis de côté (Schwartz) à cause de la douleur et surtout des inflammations graves qui succédaient à l'opération. Grâce au chloroforme, la douleur est éliminée; grâce à l'antisepsie, la gravité des accidents consécutifs est atténuée et même supprimée ; rien d'étonnant donc à

ce que nous voyions reparaître actuellement l'extirpation des varices, qui était complètement reléguée hors du cadre de la chirurgie. Lisfranc, par exemple, perdit trois opérés sur cinq d'infection purulente (Charrade) ; Dupuytren redoute énormément la phlébite, et Vidal de Cassis n'admet pas que, « pour une simple infirmité, on compromette la vie d'un malade. » Michau, Velpeau, Nélaton et A. Guérin pensent que les varices sont incurables et se prononcent nettement contre toute intervention. Cette opération, dit Nélaton, est extrêmement douloureuse et presque abandonnée ; elle peut être suivie des accidents les plus graves, tels qu'hémorragies, phlébite, phlegmon, etc... Cette pratique serait tout au plus admissible pour un paquet de veines variqueuses, agglomérées et en quelque sorte isolées, c'est-à-dire n'ayant que très peu de communication avec le système veineux principal du membre.

Actuellement, nous l'avons dit, il en est autrement. C'est ainsi que Felice Mari rapporte que Putti, ayant fait la ligature de la saphène interne associée au pansement de Lister, obtint d'excellents résultats. « Les ligatures sont faites au catgut, on réunit les lèvres de l'incision cutanée et les veines se transforment en cordons durs et noueux. »

Leiswinck (cité par Charrade), pour être plus assuré contre la production des varices collatérales, lia la saphène en deux endroits différents ; et, au lieu de faire l'opération à ciel ouvert, il pratiqua la ligature sous-cutanée au catgut. Au bout de quelques jours, la même opération fut faite du côté opposé : les veines se thrombosèrent, sans présenter aucune réaction, et l'auteur nous dit que les résultats furent excellents.

Medini (*Ibid.*) rapporte un cas où l'on fit d'un côté la ligature simple au catgut, de l'autre le simple isolement de la veine ; les résultats furent plus rapides avec la ligature.

De nos jours, nous avons vu pourtant tenter de nouveaux essais, soit en vue d'une guérison radicale, soit en vue d'une amélioration.

En Allemagne, Schede, Starke, Riesel (1877), ont fait l'extirpation de varices volumineuses ou de paquets variqueux, quelquefois sur une grande longueur, et sont arrivés, disent-ils, à de bons résultats sans le pansement antiseptique. Mais aucun d'eux ne nous donne de résultats éloignés au point de vue de la récidive ; c'est là le point important (Schwartz). Il en est de même de Steel, Marshall, Davies Colley, Annandale, qui ont suivi la même pratique en Angleterre, de 1875 à 1880.

Plus récemment, en 1884, Madelung (de Rostock) a communiqué au Congrès des chirurgiens allemands, à Berlin, ses résultats sur l'extirpation des varices cirsoïdes de la jambe. Il enlève de grandes étendues de veines et tâche, autant que possible, de lier au-dessus et au-dessous sur des veines saines. S'il est nécessaire, on peut, sur le même membre ou sur les deux, faire deux, trois extirpations successives. Ce procédé (Charrade) lui aurait donné, dans onze cas, de bons résultats, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue thérapeutique. Mais ici encore, malheureusement, l'auteur ne nous dit pas au bout de combien de temps il a vu ses malades pour s'assurer de l'absence de récidive.

V. Langenbeck, qui a souvent opéré de même, insiste dans la discussion sur la récidive fréquente ; il

a observé dans maints cas la formation de varices nouvelles au point primitivement occupé par les varices excisées.

Starke (de Berlin) a fait (Schwartz) une trentaine d'extirpations ; il conseille des extirpations multiples, à des hauteurs différentes, de façon à s'opposer autant que possible au développement des collatérales.

A Bruxelles en 1884, Le Brun et Von Hœter publient des observations favorables. Il en est de même de Try à Londres, en 1885, et de Frank Kendall à Dublin, qui tous préconisent la résection et les ligatures multiples.

Telles sont les données récentes à l'étranger sur l'extirpation des varices, que les Allemands et les Anglais ont pratiquée de la façon suivante : toutes les précautions antiseptiques étant prises, la varice est mise à nu, disséquée aussi loin que possible, une ligature antiseptique est placée au-dessus et au-dessous d'elle, puis elle est excisée. Madelung ne craint pas, pour la mettre à découvert, de tailler un lambeau cutané à large base, pour éviter la gangrène. Marshall, au lieu de faire deux ligatures au catgut ou à la soie phéniquée, fait deux ligatures sur des épingles (Schwartz).

L'école chirurgicale française, dit M. Charrade, entre dans la voie de l'intervention avec Lucas-Championnière, qui, le premier en France, lia la veine saphène interne en 1875.

A cette même date (1875), Rigaud (de Nancy) continue le même auteur, communique à la Société de Chirurgie son procédé dit de dénudation. « Il consiste à isoler la veine par une incision, à interposer entre elle et les tissus sous-jacents une bandelette ou un tube de caoutchouc. La gangrène du vaisseau ainsi

exposé à l'air serait due, d'après Bergeron, à la destruction des vasa vasorum. La tunique interne subit une dégénérescence qui provoque la thrombose. Ce procédé, à côté de succès, a donné des morts par infection purulente ; peut-être serait-il meilleur avec le pansement antiseptique.

En 1885, M. Schwartz, admettant l'utilité de l'intervention dans un but d'amélioration et non de cure radicale, proclame que l'extirpation et la résection des veines variqueuses sont les procédés les moins périlleux et que, si leur efficacité est réelle, ce sont certainement des procédés de choix. « Il est certain, dit-il, que l'extirpation des paquets variqueux, la résection d'une certaine longueur des troncs variqueux, répétée plusieurs fois à différentes hauteurs, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, offrent autant de garanties, sont plus rapides comme exécution et moins douloureuses pour l'opéré que la plupart des autres méthodes dites curatives. La douleur, l'hémorragie, qui étaient deux des principaux facteurs qui militaient contre l'opération, sont pour ainsi dire supprimées ; il en est de même des accidents inflammatoires et de la phlébite, qui avaient fait perdre à Rima deux opérés, à Lisfranc trois sur cinq. Aussi Follin dit-il encore, dans son traité, que ces procédés sont de ceux qui présentent le plus de dangers. Nous pourrions retourner la phrase aujourd'hui, d'après tous les faits que nous connaissons et qui ont été traités antiseptiquement, et dire : l'extirpation et la résection des veines variqueuses sont un des procédés les moins périlleux et, si son efficacité était réelle, ce serait presque le procédé de choix. »

Deux ans après, en 1887, le même auteur relate à

la Société de Chirurgie ses succès dans trois cas avec cicatrisation d'un ulcère et affaissement des veines dilatées. La guérison se maintenait depuis six mois. Depuis, il en a cité bien d'autres cas encore plus probants.

Nous verrons plus tard, à propos des indications, que M. Quénu, dans son article de son *Traité de chirurgie*, publié en 1890, n'admet l'intervention que dans les cas où il existerait des douleurs tenaces et où il viendrait à se produire des hémorragies.

Montaz (de Grenoble) rapporte, en 1890, un cas de cicatrisation rapide d'ulcère, après ligature sous-cutanée au crin de Florence de la veine saphène interne. « Cette ligature est renouvelée de distance en distance et, au bout de huit à quinze jours, le fil tombe, la cure est terminée. Il dit que sa méthode est une méthode de choix dans les douleurs vives et continues, une méthode de nécessité dans les cas d'hémorragie par rupture. »

A la même époque (1890), Cerné (de Rouen) fait à la Société de Chirurgie une communication intitulée : *Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe.* « Chez sa malade, nous dit M. Charrade, il combine les procédés d'extirpation et de section simple entre deux ligatures. Elle sort guérie après trois semaines. La peau de la jambe est devenue plus souple, le lacis veineux a diminué d'épaisseur, l'ulcère est cicatrisé. La marche, pénible autrefois, est devenue très supportable. Trois mois et quatre jours plus tard, la guérison s'est maintenue, quoique la malade ait repris ses occupations habituelles qui l'obligent à rester longtemps debout. » Cette communication a été vivement discutée et la Société de Chirurgie a conclu, par

l'organe de son rapporteur, M. Quénu, qu'il n'y avait lieu d'intervenir que dans les ulcères chroniques s'accompagnant d'une dilatation variqueuse marquée des veines saphènes ou de leurs anastomoses.

« En la même année 1890 (Charrade), Trendelenburg publie, dans le *Beitrage fur klinische Chirurgie* (Tubingen, 1890, t. VII, p. 195), un article intitulé : « De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de la jambe. » L'éminent professeur de Bonn préconise deux traitements : la section de la veine entre deux ligatures et la résection des varices et des paquets variqueux. Il insiste spécialement sur le rôle que jouent, dans la production des varices et de leurs accidents, l'insuffisance valvulaire et le reflux du sang dans la saphène. D'où il conclut à la nécessité d'empêcher ce reflux en fermant la veine d'une façon durable. La circulation, ajoute-t-il, ne sera pas pour cela interrompue, car il ne s'agit pas de la ligature de la veine fémorale ou de l'iliaque, mais de la ligature de la saphène interne, qui n'est pas le seul canal efférent en avant du territoire de la saphène et de ses branches, puisqu'il existe des communications, d'une part avec les veines profondes, d'autre part avec la saphène externe, par l'arc dorsal du pied et par des anastomoses directes. Cette méthode paraît avoir donné à Trendelenburg les meilleurs résultats enregistrés jusqu'à ce jour, et nous aurons souvent encore occasion de nous reporter au mémoire de ce chirurgien. »

Angelo Marmotti, dans un article paru dans la *Riforma medica*, mars 1890, et intitulé : « Lésions des os dans les varices des jambes », pense que les varices placées sur la face antéro-interne du tibia doivent être

traitées par l'extirpation, suivant le procédé de Schede; dans les autres cas, il donne la préférence aux injections intra-veineuses d'hydrate de chloral.

Enfin, M. Charrade nous donne, dans les termes suivants, le résumé des dernières tentatives faites dans le traitement opératoire des varices :

« En France, dit-il, Ricard a traité aussi les varices, et surtout l'ulcère variqueux, par des ligatures multiples de la saphène interne. Les résultats qu'il a obtenus sont souvent contradictoires, ainsi qu'Archambeaud en rapporte quelques exemples dans la thèse qu'il a soutenue, en 1891, devant la Faculté de médecine de Paris. Dans ce travail, l'auteur, après avoir passé en revue toutes les méthodes employées pour obtenir la cure radicale des varices, cure reconnue aujourd'hui impossible, ne considère comme indiquée que la ligature multiple de la saphène, avec ou sans incision entre deux ligatures, dans des cas très restreints. M. le professeur Tillaux, dans son *Traité de chirurgie clinique*, ne se montre pas partisan convaincu de l'intervention. Cependant, il ne saurait, dit-il, l'exclure complètement, en présence des résultats qu'on en a retirés quelquefois.

« Landerer (*Zur Behandlung der Varicositaten Ber. und Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. für Chir.*; Leipzig, 1891, t. XX, p. 85), ayant obtenu une récidive de varicocèle après résection de 15 centimètres de plexus pampiniforme, a essayé, après Ravoth, de traiter les varicocèles par les bandages herniaires. Dans 5 cas, 5 guérisons. Il pensait que la compression élastique du bandage agissait comme une valvule veineuse empêchant le sang de refluer vers la périphérie; d'où son idée d'employer le même traitement pour les varices

de la saphène interne. Il se sert d'un bandage parabolique, dont le ressort appuie en deux points situés au-dessus et au-dessous de la varice. Les résultats ont été les mêmes qu'avec le bas élastique, ou à peu près; et, dans une discussion qui eut lieu à ce sujet, Bandeleben a fait remarquer que ni les bandages de Ravoth, ni l'incision de la saphène ne mettent sûrement à l'abri de la récidive.

« Phelps (The cure radicale of varicose vein of the legs, *in New-York med. Journ.*, 28 décembre 1889) a pratiqué des ligatures multiples chez une centaine de sujets, et il restreint son intervention aux cas d'absolue nécessité.

« Dans ces dernières années, de nombreuses observations assez favorables ont encore été apportées par Taylor à Édimbourg, Hamilton à Londres, Tcharnowski à Berlin, Braun à Vienne.

« Enfin, Matlakouski (*Norving Likarskie*, 1891, n° 10), dans le cas de douleurs tenaces et d'ulcères étendus coexistant avec des varices, n'a pas hésité à lier la saphène immédiatement avant son embouchure, puis à extirper les varices, soit seules, soit avec la peau amincie qui les recouvrait. Les ulcères ont été également extirpés. Cette méthode, qui a donné quelques bons résultats, n'est indiquée par l'auteur que dans les cas de grosses varices empêchant de pauvres gens de gagner leur existence.

« Tel est, jusqu'à ce jour, dit en terminant M. Charrade, l'historique d'une question encore peu résolue, comme nous venons de le voir. Cependant, il est à espérer que, lorsqu'on aura recueilli des observations plus nombreuses, la solution ne s'en fera pas attendre longtemps. »

Il nous reste maintenant à envisager en détail les divers procédés dont nous avons parlé au chapitre de l'historique et à étudier dans chacun d'eux quel est le manuel opératoire préférable.

Pour cela, il est nécessaire de les classer, et nous croyons que la meilleure division est celle adoptée par M. Schwartz. Nous étudierons donc successivement :

1° Les procédés ayant pour but d'amener une phlébite et une oblitération consécutive;

2° Les procédés ayant pour but d'amener la coagulation du sang sans inflammation préalable ; et par suite l'oblitération, qui est cependant, comme dans les procédés précédents, la suite d'une phlébite.

3° Les procédés ayant pour but de détruire une partie de la veine.

1° PROCÉDÉS AYANT POUR BUT D'AMENER UNE PHLÉBITE ET UNE OBLITÉRATION CONSÉCUTIVE.

Nous étudierons successivement, à l'exemple de M. Schwartz, la ligature à distance, les ligatures multiples, telles que les pratique Schede, l'acupuncture avec suture, telle que la fait Davat. Nous dirons quelques mots, surtout au point de vue historique, du séton, de la ligature temporaire, de la galvanopuncture et les grandes incisions.

1° *La ligature à distance.* — Elle a été faite dans des temps très anciens. A. Paré, Everard Home, Leisrink, etc., la pratiquèrent, ainsi que nous l'avons vu à l'exposé historique ; mais on avait de nombreux accidents inflammatoires consécutifs à toute opération avant la pratique de l'antisepsie, et l'on dut chercher d'autres procédés qui pussent mettre à l'abri de ces complica-

tions. Parmi ceux-ci, le premier et le plus simple fut :

2° *La ligature percutanée.* — Chaumette, qui l'employait, introduisait un fil sous la veine, qu'il étranglait contre la peau. Davart glissait une épingle en arrière du vaisseau, soulevait la veine variqueuse, puis la perforait de part en part avec une seconde épingle placée parallèlement au vaisseau et qui traverse la paroi antérieure, la paroi postérieure et, bien entendu, la peau; les épingles sont croisées et un fil en huit de chiffre est jeté sur elles pour rapprocher les parois veineuses. Elles sont enlevées du quatrième au septième jour; la veine est alors parfaitement adhérente aux quatre points piqués et elle est transformée en un cordon réticulaire jusqu'à la première anastomose. Ce procédé, sur 68 cas, lorsque Davat fit sa communication à la Société de Chirurgie (1878), comptait un seul revers.

Le Dr Montaz (de Grenoble) emploie un procédé différent, qui nous est décrit par M. Charrade. Avec une aiguille chargée d'un crin de Florence, le tout préalablement stérilisé, on pique la peau à côté de la veine, on passe sous la veine et on ressort en traversant la peau aussi près que possible du point d'entrée. L'aiguille est retirée, laissant le crin, qu'on serre fortement, de façon à étreindre la veine et la peau comprise. On renouvelle la même opération à des distances très rapprochées. Avec ce procédé, les précautions à prendre sont très simples ; il suffit d'avoir une aiguille aseptique et de nettoyer avec soin au sublimé les points où doivent porter les piqûres, et de faire un pansement de Lister ordinaire. La rapidité de l'opération dispensera de l'anesthésie. Avec de semblables ligatures faites à des distances très rapprochées, on

obtient rapidement la thrombose de la veine, qui, au bout de quelques jours, se trouve transformée en un cordon plein, mince, constitué par du tissu fibreux.

3° *Ligature sous-cutanée.* — Ce procédé est fort délaissé aujourd'hui, où l'on peut opérer sans danger à ciel ouvert.

Il consiste à ramener la veine à lier dans un pli de la peau, à passer dans un premier temps à la base de ce pli, en arrière de la veine, une aiguille armée d'un fil, puis, dans un deuxième temps, à engager de nouveau l'aiguille dans son orifice de sortie pour la faire cheminer au-devant de la veine cette fois et ressortir par son orifice d'entrée. « Les veines sont ainsi étreintes par une anse de fil dont les deux chefs sortent par la même ouverture. On fait alors un double nœud, on sectionne à la base des fils et on termine par un pansement occlusif. C'était là la méthode de Gagnebé, méthode qui ne lui a pas toujours réussi. Leisrink, se servant dans ce cas de catgut, obtint la thrombose des veines sans réaction. »

4° *Ligature à ciel ouvert.* — Cette méthode comprend, dit M. Charrade, la ligature simple, après découverte de la veine, et la section de la veine, entre deux ligatures. « Voici quel était son manuel opératoire avant les modifications apportées par la méthode de Lister :

« Après avoir fait marcher le malade pour rendre ses varices plus saillantes, on le fait coucher sur la table à opération ; on procède à une incision cutanée au bistouri, d'environ 5 centimètres, soit sur la veine même, soit un peu en dehors ; avec une sonde cannelée, on cherche à dénuder le vaisseau et à l'isoler ; on passe ensuite au-dessous, avec un ténaculum, un

fil à ligature, qu'on serre fortement sur la veine. La suture de la peau est faite au crin de Florence ; on met un drain à l'angle de la plaie et on applique par-dessus un pansement. On peut recommencer plusieurs fois cette opération sur le même membre et dans une même séance. »

5° Schede a cherché à oblitérer les varices par un procédé qui rappelle beaucoup l'ancien procédé de la compression, complètement abandonné aujourd'hui, autrefois employé par Travers, par Colles, par Sanson et par Breschet. Schede, ainsi que le rapporte M. Schwartz, voyant qu'il fallait enlever une très grande longueur de veine pour arriver à un mince résultat, eut l'idée de comprimer les veines variqueuses sur une grande étendue à l'aide d'un drain sur lequel on noue des catguts passés sous le vaisseau à des distances de 2 centimètres. Au bout de deux ou trois jours, on coupe les fils, au bout de douze heures on en enlève la moitié, au bout de vingt-quatre heures on en enlève l'autre moitié. La guérison, d'après Schede, est obtenue en huit jours. Il est probable que le procédé n'a pas répondu à l'attente de son auteur, puisqu'au Congrès des chirurgiens allemands de 1884 il regarde l'extirpation comme la meilleure méthode de traitement des varices. D'ailleurs, Weinlechner, qui a essayé sa manière de faire sept fois, a perdu un malade de pyohémie, tandis que, chez cinq autres, il observait de la suppuration ; aussi a-t-il laissé ce procédé de côté pour revenir aux injections intra-veineuses de perchlorure de fer.

Dans les procédés de ligature à ciel ouvert, on doit dire que l'incision n'était pas faite uniquement pour une ligature simple pouvant amener une oblité-

ration plus ou moins définitive. « Elle devait se compliquer plus tard (Charrade) de la section de la veine entre deux ligatures, pour éviter que la perméabilité des tuniques veineuses mal écrasées pût permettre le retour de la circulation. L'opérateur passait deux fils, qu'il serrait, à 1 centimètre environ l'un de l'autre et entre lesquels il sectionnait la veine. La ligature simple a été employée, dans les temps modernes, surtout par Ev. Home, Lucas-Championnière et Ricard, tandis que Schwartz, à l'exemple de Trendelenburg, y ajoutait la section de la veine entre deux ligatures. Ce procédé a donné de bons résultats avec l'antisepsie, au moins immédiats ; le malade n'a, durant les premiers jours, aucune réaction, pas de fièvre, pas de douleur. La réunion par première intention de la petite plaie a été obtenue dès le quatrième ou le cinquième jour ; les portions de veine comprises entre ligatures ont diminué notablement et ont présenté un cordon induré sous le doigt ; du huitième au quinzième jour, la cicatrisation a été complète, et, somme toute, ce procédé a toujours été supérieur aux précédents. »

M. Schwartz est du même avis : « Parmi les procédés de cette catégorie, dit-il, un seul nous paraît discutable : c'est la ligature isolée ou multiple, à ciel ouvert, des veines variqueuses sous le pansement antiseptique. Cette manière de faire nous paraît néanmoins inférieure à l'extirpation et à la résection, qui donnent certainement plus de garanties contre la récidive ; et, pour notre compte, en supposant que nous voulions entreprendre une cure radicale, c'est plutôt à celle-ci qu'à celle-là que nous nous adresserions. »

Nous passerons maintenant très rapidement en

revue quelques procédés qui sont complètement abandonnés aujourd'hui et n'ont plus, comme nous l'avons dit, qu'un intérêt historique.

a) Incision. — Il ne s'agit pas ici de la saignée des varices, mais des grandes incisions longitudinales faites sur le vaisseau variqueux. Avicenne les avait déjà indiquées; J.-L. Petit les pratiquait, mais Richerand surtout en fit un usage très fréquent. Il incisait, dans une étendue de plusieurs pouces, le vaisseau variqueux, le vidait du sang en partie coagulé qui le remplissait, bourrait la plaie de charpie et appliquait un bandage roulé. Il y avait inflammation suppurative et oblitérative à la suite; mais cette opération, très douloureuse, exposait à l'hémorragie, à la phlébite suppurée et à l'infection purulente.

« Il faut rapprocher de ce procédé, dit Follin, celui de de Græfe, qui divisait la veine au-dessus des points variqueux, dans une étendue de 6 centimètres, en un, deux et même trois points, suivant que la jambe seule était malade ou que l'affection occupait également la cuisse. Il introduisait dans la plaie un morceau d'éponge préparée et comprimait avec un bandage.

b) Compression. Compression circonscrite immédiate. — « Delpech incisait les téguments, isolait la veine et la soulevait au moyen d'un morceau d'amadou fixé de chaque côté de la plaie par des bandelettes agglutinatives. La plaie pansée à plat suppurait, le vaisseau isolé se couvrait de bourgeons charnus, se transformait en un cordon aplati, plein et manifestement oblitéré. A ce moment, on retirait l'amadou, le faisceau dégagé s'affaissait graduellement. Au danger d'une plaie où séjourne un corps étranger, cette opé-

ration joint encore le danger de la phlébite. » (Nélaton).

Compression immédiate. — « La compression (Follin) a pour but d'arrêter le cours du sang et d'entraîner l'oblitération de la veine par adhésion à la température. » Elle a été appliquée par B. Travers (*Surgical Essays Astley Cooper and B. Travers*, traduction française par G. Bertrand, 1882, t. II, p. 49) sur les tumeurs variqueuses.

Colles (de Dublin), cité par Velpeau (*Médecine opératoire*, t. II, p. 266), dit avoir guéri des varices des membres en appliquant un compresseur à l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale. Il employait un compresseur analogue à celui de Dupuytren pour le pli de l'aine. Sanson, dit Boinet (*Gazette médicale*, 1836, p. 84), imagina un compresseur plus parfait, sorte de pince terminée par deux plaques ovalaires, que l'on rapproche ou que l'on écarte l'une de l'autre à l'aide d'une vis de rappel, fixée sur les branches. On saisissait la veine, que l'on comprimait pendant vingt-quatre heures entre les plaques. Il exerçait la compression sur plusieurs points, et son procédé a gardé le nom de « méthode de Sanson ». Breschet et Landouzy modifièrent un peu l'instrumentation, mais le fond du procédé resta le même.

La difficulté de l'application de l'appareil était grande, car le pli de la peau tend toujours à glisser et à se dégager des plaques. De plus, pratiquée loin des varices, la compression peut bien oblitérer le vaisseau principal, mais sans agir sur les varices, en raison des voies anastomotiques nombreuses qui persistent encore. D'un autre côté, elle est difficilement appliquée sur les varices mêmes, en raison du nombre

et de la flexuosité des vaisseaux malades, qui sont entourés d'un tissu cellulaire induré et d'une peau épaisse et très adhérente (Follin).

Disons, pour terminer ce qui a trait à la compression, que Vidal de Cassis appliquait de grosses serre-fines sur le trajet de la veine saphène, dans les points où elle est saine, et que M. le professeur Verneuil, pour oblitérer la veine dans une étendue plus considérable, a proposé de la serrer entre deux tiges rigides rapprochées et maintenues en place par des fils passés au-dessous de la veine, absolument comme quand on pratique la suture enchevillée.

c) Ligature temporaire. — Elle diffère (Nélaton) de la ligature ordinaire en ce qu'on ne cherche pas à sectionner la veine, mais à provoquer une phlébite externe qui, se propageant à l'intérieur, amène l'adhésion des parois. Pratiquée par Freer (de Birmingham) (au rapport d'Hodgson), qui ne laissa le fil que quatre heures en place, et par Wise (Lisfranc, *Médecine opératoire*, t. III, p. 166), qui le maintint soixante-six heures, cette opération est aujourd'hui abandonnée.

d) Acupuncture. — Franck (de Montpellier) passait au-dessous de la veine une aiguille qui traverse les téguments parallèlement au vaisseau et roulait un fil comme dans la suture entortillée. Ce fil devait être assez fortement serré. L'épingle était laissée en place de dix à quatorze jours; à cette époque, on constatait une légère induration de 2 à 3 centimètres d'étendue; l'épingle était alors retirée. Les téguments étaient respectés, jamais on ne produisait d'eschare. Ce procédé, plus ou moins modifié plus tard par Velpeau, a été souvent appliqué par Roux et par Jobert; il a donné des succès; mais les récidives ont été très fré-

quentes et souvent même très rapides (Nélaton). C'est lui qui a donné naissance au procédé de Davat, exposé plus haut.

c) Séton. — Un corps étranger introduit dans une veine y détermine (Follin) la coagulation du sang et en irrite les parois ; le caillot est le phénomène initial, la phlébite vient en second lieu ; elle doit être seulement adhésive, mais elle devenait souvent purulente, comme on le comprend aisément.

En 1826, Jameson (de Baltimore) proposait un séton en peau de daim (*Journal du Progrès*, 1828, t. IX, p. 150). En 1834, Fricke (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1834, t. II, p. 121) traitait par un séton de fil les veines spermatiques variqueuses, et en 1835, Velpeau appliquait ce procédé aux varices proprement dites. Il plaçait souvent quatre sétons sur la saphène, deux au-dessus et deux au-dessous du genou, les remuait matin et soir, et les enlevait ordinairement du deuxième au quatrième jour. Sur 12 opérés, 8 fois il n'y eut que des symptômes locaux et une guérison apparente ; 3 fois il survint un phlegmon étendu du pied à la partie supérieure de la cuisse, qui nécessita de larges incisions. La vie de ces malades fut longtemps en danger. Enfin, un dernier mourut de phlébite.

Brioux (Thèse de Paris, 1836, n° 282) proposait de piquer les renflements variqueux eux-mêmes.

Galvano-puncture. — En 1837, Clavel (Thèse de Paris, 1837, n° 183) et, en 1845, Pétrequin (*Gazette médicale*, 1846, p. 736) proposèrent d'emprunter ce procédé à la thérapeutique des anévrysmes. Bertoni (de Milan) (*Gazette médicale*, 1846, p. 775) fit un essai peu concluant ; d'autres chirurgiens ne furent guère

plus heureux et le procédé est abandonné (Follin) comme long, douloureux et d'une efficacité très douteuse.

2° PROCÉDÉS QUI ONT POUR BUT LA COAGULATION DU SANG ET L'OBLITÉRATION CONSÉCUTIVE DE LA VEINE

« Nous étudierons successivement, dit M. Schwartz, les injections péri-veineuses d'après la méthode d'English et les injections intra-veineuses d'après la méthode des chirurgiens lyonnais. Quoique les injections péri-veineuses cherchent surtout à agir par l'inflammation aiguë ou chronique qu'elles déterminent autour de la veine et qu'elles amènent ainsi une inflammation du vaisseau qui produit son oblitération, nous les rapprochons des injections intra-veineuses, de façon à réunir dans un même chapitre le traitement des varices par les injections sous-cutanées. Nous ne nous dissimulons pas que cette troisième catégorie de moyens curatifs eût pu être rapprochée de la précédente; il nous a semblé néanmoins que les procédés qui y rentrent se distinguent tellement des précédents qu'ils doivent constituer une classe tout à fait à part.

a) Inspirés par les travaux de Pravaz sur le traitement des anévrysmes à l'aide des agents coagulants, les chirurgiens de Lyon, Valette, Pétrequin, Desgranges, eurent l'idée d'injecter du perchlorure de fer dans les veines variqueuses. On se servit tout d'abord du perchlorure de fer marquant 30° à l'aréomètre de Baumé, limpide et sans précipité au fond du vase renfermant la solution. Ces conditions sont essentielles pour qu'il

se forme un perchloro-ferrate d'albumine et de fer, qui puisse rester sans danger dans l'économie et y subir un travail de résorption partielle. S'il se trouvait, au contraire, du peroxyde de fer dans la liqueur, celui-ci deviendrait dans la veine un corps étranger, capable de déterminer mécaniquement une inflammation éliminatrice et suppurative. D'un autre côté, le perchlorure doit être injecté dans le sang liquide, et non pas au milieu des caillots fibrineux, car, dans ce dernier cas, la combinaison ne s'opère point et il y a inflammation suppurative. Donc, pour être sûr qu'on est dans une veine, et dans une veine restée perméable, il ne faut jamais injecter le perchlorure avant l'issue caractéristique du sang.

Le manuel opératoire est le suivant :

Avant de procéder à l'opération, les veines doivent avoir été dilatées par une marche d'une ou deux heures, puis la cuisse est serrée par un lien circulaire. L'opération, dit Follin, se divise en deux temps : 1° un aide faisant la compression au-dessus et au-dessous du point à injecter, on enfonce un trocart fin, mais assez résistant, obliquement, de façon à ne pas aplatir la veine ; 2° on retire la pointe, on laisse écouler quelques gouttes de sang ; on applique le doigt sur le pavillon de la canule, pour empêcher le vaisseau de se vider, puis on visse rapidement la seringue à la canule et l'on injecte deux ou trois gouttes au plus de perchlorure de fer. L'injection faite, l'aide doit continuer la compression pendant dix à quinze minutes encore.

Il ne peut faire chaque fois qu'une injection à la même jambe. L'intervalle entre deux injections sera

de huit à dix jours. On évitera que deux injections successives à la même jambe soient faites dans des points trop rapprochés, et l'on poursuivra les veines assez apparentes pour admettre le trocart, de sorte qu'il est impossible d'assigner une durée moyenne au traitement (Follin).

Au bout de dix à quinze minutes, on sent se former le caillot, qu'il n'est pas rare de voir s'allonger de plusieurs centimètres et oblitérer le vaisseau dans une étendue impossible à prévoir. Il se fait une légère inflammation, qui dure quatre à cinq jours. Puis le caillot se rétracte et durcit, et la veine se réduit à un cordon fibreux, souvent à peine perceptible. Il faut dire toutefois, avec M. Schwartz, que certaines de ces injections ont été compliquées d'eschares, d'abcès, de phlébites; et, de plus, d'après Vallette, elles ont l'inconvénient de donner un caillot qui s'organise difficilement. Weinlechner, au rapport de M. Schwartz, les a cependant employées dans ces dernières années et dit en avoir retiré d'excellents résultats d'après un travail tout récent (1884). Voici comment il procède :

« Il fait gonfler les varices en appliquant sur la cuisse un bandage circulaire en sparadrap ou un tube élastique; il se sert, comme liquide coagulant, d'une solution de perchlorure de fer dans l'eau 1 : 2, 25. Les injections sont faites au niveau des dilatations veineuses les plus notables et ne dépassent pas à chaque point injecté trois à quatre gouttes. L'auteur fait en moyenne neuf injections par séance. Les suites sont assez douloureuses pendant les deux ou trois heures qui suivent l'opération, puis la veine durcit et se réduit en un cordon induré et atrophié. Quelquefois, il a

observé de la gangrène de la peau et des abcès. Weinlechner a traité de la sorte 32 malades, auxquels il a fait en tout quatre cent onze injections; 23 ont été opérés en une séance, 5 en deux séances, 2 en trois, 2 en quatre séances.

« Sur les 32 opérés, 3 ont guéri; 2 n'ont pas guéri de leurs varices. Il n'y a eu aucun cas de mort.

« Une fois survint un phlegmon du mollet; dix-huit fois, il observa une gangrène limitée de la peau.

« Voici quel est le résultat final:

« Une fois, transformation des veines en cordons indurés.

« Deux fois, les varices sont changées en bosselures presque imperceptibles.

« Cinq fois, disparition de tout état variqueux.

« Deux fois, thrombose simple, etc.

« En résumé, Weinlechner a pu constater un bon résultat, plusieurs années après l'opération, sans nous dire toutefois lequel et chez combien d'opérés. »

En général, d'après Nélaton, les injections de perchlorure de fer déterminent une amélioration notable, les varices disparaissent partout où l'injection a été faite, et cette amélioration persiste souvent pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plusieurs années; mais il n'est pas rare de voir les varices se montrer de nouveau, il y a récidive. Ce résultat n'a rien de surprenant, car il suffit de se reporter à l'anatomie pathologique pour comprendre que ce moyen n'est pas plus radical que les précédents.

D'un autre côté, cette méthode de traitement n'est pas sans dangers; ainsi, on peut observer la phlébite, le plus souvent, il est vrai, légère et se terminant par résolution, mais quelquefois aussi suppurée, avec

toutes ses conséquences. On voit aussi, nous l'avons dit, des eschares et des abcès (1).

Aussi a-t-on cherché un liquide aussi efficace et moins dangereux. Guillermand, à l'instigation de l'école de Lyon, trouva la liqueur iodo-tanique que Vallette a tant prônée à la dose de dix à vingt-cinq gouttes par injection au niveau des points les plus élargis. La réaction locale est assez intense, la douleur vive et le processus de guérison est le même qu'avec le perchlorure de fer. Vallette a fait plus de deux cents opérations sans aucune complication. Il dit avoir revu plusieurs de ses malades dont la guérison était radicale (*Clin. chir.*). Nous le croyons, dit M. Schwartz ; mais n'y avait-il pas à côté de nouvelles varices? Quoi qu'il en soit, le procédé nous paraît simple, sans danger et mérite d'être conseillé dans les cas urgents. Legendre, dans sa thèse sur le traitement des varices, le prône et le recommande à l'instigation de Delore, qui a varié un peu la formule de Vallette et injecte de sept à huit gouttes.

Negretti a conseillé les injections intra-veineuses de chloral à 1/2, 1/3, 1/4 de gramme dans un gramme d'eau pure pour obtenir une phlébite adhésive.

Bottini fit « dans les varices congénitales du membre supérieur des injections de chloral à 50 p. 100 et obtint une amélioration considérable, quoiqu'il eût été obligé de cesser prématurément le traitement ».

Wood, avec le phosphate de fer, a soigné onze ma-

(1) Sur le traitement par les injections de perchlorure de fer, consultez le mémoire de Desgranges (Soc. de Chir., t. X, p. 354, les thèses de Duplay (Paris, 1854, n° 212), de Caron (Paris, 1856, n° 58), de Sylvestre (Paris, 1858, n° 49) et le mémoire de Soulé (de Bordeaux) (*De l'injection du perchlorure de fer dans le système veineux;* Bordeaux, 1856).

lades; mais n'a obtenu que trois fois, dit-il, une guérison complète.

Enfin, A. Thierry (*Moniteur des Hôpitaux*, 1856, n° 259), cité par Nélaton, a conseillé, contre les varices, les applications de perchlorure de fer sur les téguments et a obtenu de bons résultats. On applique un vésicatoire sur le trajet des veines; le lendemain, on enlève l'épiderme et l'on badigeonne avec un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer.

« L'application du perchlorure de fer par la méthode endermique convient surtout, dit Nélaton, aux cas où les varices sont sous-cutanées, peu volumineuses et recouvertes par la peau amincie.

b) Les injections péri-veineuses cherchent à agir sur la veine indirectement par l'intermédiaire des tissus périphériques et en provoquant dans ceux-ci une inflammation subaiguë, suivie de rétraction qui se propage jusqu'à la varice (Schwartz).

« D'après Legendre, Broca avait déjà conseillé d'injecter autour des veines variqueuses une solution de perchlorure de fer au dixième; il se forma des eschares; il adopta alors un mélange d'alcool et d'eau à 50 p. 100; les deux thèses de Fatin et de Lagrange nous donnent la manière de faire de Broca, qui ne diffère pas de ce que l'on sait déjà. Les injections péri-veineuses ont surtout été préconisées par English et Marc Sée. English, en suivant la méthode de Schede, n'obtint que des résultats temporaires, la perméabilité des veines se rétablissant de nouveau; il essaya alors les injections péri-veineuses d'alcool à 5 p. 100 Il observa un processus inflammatoire assez violent, puisqu'il peut aller jusqu'à la suppuration et la rétraction des tissus péri-veineux; il fait cinq à six injections

en même temps le long de la veine variqueuse qu'il s'agit d'oblitérer. Marc Sée a augmenté la dose d'alcool et a fait des injections à 25 p. 100 ; il dit en avoir retiré de très bons résultats. »

Outre l'alcool, on a encore employé la solution aqueuse d'ergot de seigle et l'ergotine.

Ruge, par exemple, nous dit M. Schwartz, a rapporté à la Société obstétricale de Berlin, l'observation d'une femme enceinte chez laquelle il avait injecté à plusieurs reprises, en dehors des veines du membre inférieur, une solution aqueuse d'ergot de seigle. Martin a eu recours trois fois au même procédé, qui paraît être très douloureux.

Vogt cite un fait où 12 centigrammes d'ergotine injectés au voisinage d'une varice, à plusieurs reprises, de deux en deux jours, ont amené la guérison de varices.

« Legendre repousse absolument l'ergotine, dont l'application parait être très douloureuse, et se rejette surtout sur les injections alcooliques d'après English et Marc Sée. » (Schwartz).

3° PROCÉDÉS AYANT POUR BUT DE DÉTRUIRE UNE PARTIE DE LA VEINE

1° *Cautérisation.* — Cette méthode est fort ancienne, puisque Celse en parle et indique même comment il faut procéder. A. Paré dit en propres termes : « Autre manière de couper la varice, c'est d'appliquer un cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas. » Dionis et, plus près de nous, Brodie en firent usage, et, pendant toute la

période pré-antiseptique, ce procédé fut très employé, parce qu'il évitait une opération sanglante.

Mais jusqu'à notre siècle on employait la cautérisation actuelle. Ce fut Bonnet (de Lyon), inspiré par Gemoul, qui eut recours le premier à la cautérisation potentielle, et son exemple a été suivi par un grand nombre de chirurgiens.

Bonnet employa d'abord la potasse caustique par applications successives, en incisant chaque fois crucialement l'eschare.

Les résultats de l'habile chirurgien de Lyon étaient à peine connus, dit Nélaton, que Laugier et A. Bérard s'empressèrent d'y soumettre leurs malades; mais à la potasse caustique ils substituèrent la pâte de Vienne en poudre; plus tard, Bonnet fit usage de la pâte de Canquoin, caustique coagulant par excellence. Laugier faisait une petite incision au-devant de la veine avant l'application du caustique; A. Bérard supprime cette incision.

Avant d'appliquer le caustique, quel qu'il soit, on rase la peau du membre, et, la veille de l'opération, on fait marcher le malade, afin de gonfler les varices. On marque alors au nitrate d'argent ou à l'encre les points où doit être appliqué le caustique.

Le principal lieu d'élection aux membres inférieurs est au-dessous du genou, à peu près au point où l'on appliquait des cautères aux jambes, pour que la coagulation du sang et, par suite, l'oblitération du vaisseau s'étendent à la fois à la jambe et à la cuisse. On est quelquefois obligé de cautériser aussi au-dessus du genou, quand il existe de nombreuses varices au niveau du condyle interne; mais c'est surtout à la jambe qu'on fait les applications successives de caus-

tique, et c'est alors sur les bosselures les plus volumineuses qu'il faut agir. « On doit s'abstenir de toute cautérisation au pied, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et de la face interne du tibia, à cause des accidents faciles à comprendre que pourrait causer en ces points la cautérisation profonde.

Quelque caustique que l'on emploie, il est important que la cautérisation soit assez profonde pour détruire toute l'épaisseur de la veine ; on s'exposerait sans cela, lors de la chute de l'eschare, à une hémorragie redoutable, à la phlébite ou au moins à un résultat incomplet.

Quant au manuel opératoire, il est décrit tout au long dans le livre de Philippeaux sur la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de Bonnet (de Lyon) 1856. Nous ne pouvons mieux faire qu'y renvoyer pour les détails minutieux de cette pratique.

Tout ce que nous dirons ici, c'est que Bonnet détruisait la veine en plusieurs points par les caustiques.

Malgré tout, quoique Vallette considère l'opération comme très efficace et bien supérieure à tous les procédés de cure radicale anciennement employés, il avoue qu'elle encourt un certain nombre de reproches (Schwartz) :

1° Elle est exclusivement douloureuse, elle doit être pratiquée en deux ou trois points à la fois, et le chlorure de zinc détermine des souffrances prolongées.

2° L'opéré est condamné à un séjour prolongé au lit ; il faut au moins deux mois pour que la cicatrisation des plaies soit complète.

3° Cette opération laisse des cicatrices qui sont très désagréables.

4° La méthode n'est pas applicable à tous les cas; elle est inapplicable lorsque des paquets variqueux siègent au niveau du genou ou même des malléoles.

5° La cautérisation a laissé quelquefois après elle des douleurs vives et persistantes (Vallette, *Clinique chirurgicale*).

« Nous ajouterons, dit M. Schwartz, qu'elle est suivie de récidive, ce que Bonnet avouait d'ailleurs lui-même. Tout récemment encore un jeune chirurgien de Lyon nous racontait avoir vu un opéré par ce procédé revenir avec des varices très notables du membre inférieur balafré par les cicatrices. »

Enfin, on a vu, dans des cas qui ne sont pas très rares, des phlébites, des phlegmons diffus et des hémorragies à la chute des eschares.

« Quoi qu'il en soit, il est certain que la cautérisation a donné entre les mains de Bonnet et d'autres encore d'excellents résultats opératoires, en ce qu'elle n'a fourni que très peu de mortalité; mais il en est tout autrement quand on considère les résultats thérapeutiques, surtout éloignés. » (Schwartz).

2° *Section simple, transversale et à ciel ouvert.* — Brodie (*Medico-chirurgical J. Traumatisme*, 1816, t. VII, p. 197) et, après lui, Velpeau l'ont mise en usage, ainsi que Béclard. On passe un bistouri droit et effilé en arrière de la veine, soulevée dans un pli de la peau, puis on incise veine et peau, de la profondeur vers la surface. On comprime du côté du bout inférieur et l'on panse à plat. « Cette opération, dit Follin, a donné des résultats désastreux. » Béclard et Velpeau mettaient d'abord la veine à découvert.

3° *Section sous-cutanée.* — C'est encore Brodie qui en eut l'idée. Il introduisait le bistouri à plat entre la

peau et la veine, et coupait celle-ci en retirant l'instrument. Jules Guérin (cité par Lisfranc, *Médecine opératoire*, t. III, p. 168) a modifié ce procédé en faisant l'incision à la base d'un pli cutané. Les accidents sont moins nombreux et surtout moins redoutables que l'incision simple; mais quelquefois on manque son effet, la veine n'étant pas divisée constamment dans le tissu cellulaire, et l'opération s'accompagne d'accident qui est souvent cause de phlébite pour Nélaton.

Du reste, comme moyen curatif dit Nélaton, la section transversale ne remplit pas son but. Dans le cas même où, par son fait, la veine s'oblitère, ce n'est que momentanément, car plus tard il se fait entre les deux bouts cicatrisés de la veine une réunion qui permet le rétablissement de la circulation, la lymphe plastique qui les bouchait se résorbant, ainsi que le sang qui s'était coagulé dans le vaisseau. C'est un phénomène très remarquable que le retour de la circulation veineuse par ses anciennes voies. Il a été noté en particulier par M. Davat.

4° *Dénudation et isolement.* — Procédé de Rigaud. Dans un premier temps, on fait une incision de la longueur de 4 centimètres, parallèle à la veine. Le vaisseau dénudé est ensuite isolé, et on passe au-dessous un tube de caoutchouc ou un ruban de fil. Ainsi privé de ses moyens de communication avec les tissus avoisinants, la veine se flétrit, se dessèche et meurt; la circulation se trouve interrompue. Sur 150 opérés, Rigaud n'aurait perdu que 3 malades.

5° *Extirpation.* — Ce procédé, adopté autrefois par les chirurgiens, qui le dénommaient extirpation sanglante des veines, fut abandonné à cause des acci-

dents qu'il entraînait. Il n'était pas rare, en effet, dans les conditions où l'on opérait alors, d'observer des cas d'infection purulente : témoins les faits de J.-L. Petit et de Lisfranc, et il y avait aussi à redouter de grandes hémorragies à la chute des fils. Cependant, aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, nous voyons les chirurgiens anglais, Steele, Davies Colley (1874), Hova, Marshall (1876), Port, Riesel, avoir recours à ce moyen et lier les bouts de la veine avec du catgut. Amandale a réséqué de cette façon 16 pouces de veine variqueuse. Brodie avait proposé la section cutanée, mais il a lui-même, après quelques essais, sévèrement apprécié sa conduite.

Ce procédé réunit de fervents adeptes chez les Allemands : Schede, Starke, Madelung, Langenbeck ; à Bruxelles, Le Brun et van Hœter en sont très partisans ; en France, M. Schwartz tend actuellement à l'employer d'une façon exclusive, et c'est son manuel opératoire que nous allons décrire en entier, d'après ce que nous lui avons vu faire et d'après la thèse de son élève, M. Charrade.

« Les préparatifs de l'opération doivent occuper une place très importante. Le malade étant purgé la veille, les ulcères, s'il y en a, étant pansés avec des compresses imbibées d'une solution de sublimé au millième, on rasera le membre, qu'on recouvrira ensuite de linges antiseptiques humides. La diète aura été imposée au malade le jour de l'opération. Les instruments nécessaires auront été désinfectés avec soin et baigneront dans une solution d'acide phénique faible. On aura préparé : un bistouri, une sonde cannelée, une paire de ciseaux, une aiguille de Deschamps ou de Reverdin, une pince à disséquer et plusieurs pinces

hémostatiques. La solution de cocaïne dont on devra faire usage sera titrée au cinquantième, et la seringue à opération sera stérilisée. Dans les cas d'une opération de longue durée, on pourra employer le chloroforme.

Avant de faire monter le malade sur le lit d'opération, on aura soin de le faire marcher pendant quelques minutes, pour rendre les varices plus saillantes. Si l'on n'avait pas recours à ce moyen, on pourrait faire une ligature à la racine de la cuisse avec une bande élastique.

Le chirurgien et ses aides auront fait la toilette de leurs mains et de leurs bras jusqu'au coude, et les auront passés au sublimé avant de toucher au malade.

Si l'on ne fait pas usage du chloroforme après avoir découvert le champ opératoire, on pratiquera des injections intradermiques de cocaïne sur la ligne où devra porter l'incision. On se servira pour cela de la seringue de Pravaz, qu'on aura auparavant essayée et dont on flambera l'aiguille à la flamme de la lampe à alcool. L'injection de cocaïne sera faite d'après le procédé suivant qu'emploient avec un constant succès MM. Reclus et Schwartz : on insinue l'aiguille sous la peau et on la retire graduellement à mesure que l'on appuie sur le piston de la seringue, de façon à répartir la solution à peu près également partout, et à éviter ainsi les effets d'accumulation, cause principale d'accidents.

L'opérateur fera alors aussitôt après une incision cutanée d'une longueur variant de 3 à 10 centimètres, suivant qu'il aura à faire une ligature ou une résection. Cette incision portera sur la veine même, ou un peu

en dehors. Il dénudera ensuite le vaisseau avec une sonde cannelée et passera au-dessous un ou deux fils antiseptiques, avec lesquels il fera une ligature simple ou double, qu'il accompagnera d'une section du vaisseau entre deux ligatures. La même opération pourra être renouvelée plusieurs fois sur le même membre et à différentes hauteurs.

Si l'on veut faire la résection d'un segment de varices, ou l'extirpation d'une grosse varice, il faudra que la dénudation en soit complète, car souvent on trouve des collatérales qui s'en détachent et sur lesquelles on devra jeter un fil à ligature. Souvent aussi on verra des filets nerveux accolés à la paroi des varices ; on devra éviter avec soin de les couper. La ligature sera faite au-dessus et au-dessous de la partie à réséquer, autant que possible sur une veine saine ; on enlèvera la tumeur au bistouri. La suture de la plaie sera faite, comme plus haut, au crin de Florence ; on étendra par-dessus une couche de vaseline iodoformée, de la gaze et une bande d'ouate hydrophile compressive.

Le malade, remis dans son lit, ne doit présenter aucun phénomène de réaction, ni fièvre, ni douleur. Vers le quatrième ou cinquième jour, on enlève le pansement et généralement on trouve une réunion par première intention permettant d'enlever les fils. La saillie formée par les veines ectasiées a diminué et on a au palper sur le trajet veineux la sensation d'un cordon induré. On refait le même pansement, et, généralement après huit jours environ, la réunion est parfaite et le malade peut commencer à se lever. Presque toujours du dixième au quinzième jour, il peut nous quitter sans danger, avec, bien entendu, la

recommandation expresse de porter un bas à varices, qui complétera le traitement.

Tels sont succinctement exposés les procédés opératoires que l'on peut employer dans le traitement des varices. Auquel donner la préférence, et dans quel cas ? Et d'abord quelles sont les circonstances où l'on est autorisé à proposer une intervention à un variqueux? Ici, il y a presque autant d'opinions que de chirurgiens.

Nous ne parlerons pas, bien entendu, des méthodes absolument tombées en désuétude et rentrées dans le domaine de l'histoire. Il est bien évident qu'avec les moyens actuels dont dispose la chirurgie, aucun clinicien ne songera plus à les employer. Mais, parmi les autres, il en est quelques-uns entre lesquels le chirurgien peut être appelé à hésiter.

M. Quénu marque nettement sa préférence pour l'extirpation entre deux ligatures. « Toute méthode, dit-il, qui a pour essence même de provoquer une phlébite est, à mon sens, une mauvaise méthode; l'opérateur n'est jamais maître des limites et de l'intensité de l'inflammation qu'il a déterminée; il expose, en outre, ses malades aux dangers nullement imaginaires, ainsi que l'a prétendu Ellinger (cité par Frank), de l'embolie, surtout s'il a recours aux procédés aveugles et condamnables de l'injection intraveineuse ; je pense, en somme, que, dans la chirurgie des veines, comme dans celle des autres organes, il y a tout intérêt à savoir ce qu'on fait; les méthodes sanglantes et à ciel ouvert, ligature ou excision, me semblent les seules acceptables. »

De son côté, M. Charrade, d'après M. Schwartz, dit : « Les deux premières méthodes que nous avons

étudiées, ligature percutanée et ligature sous-cutanée, paraissent au premier abord donner de bons résultats. Évidemment, elles nous semblent amener une interruption complète de la circulation dans les vaisseaux liés, comme le ferait la ligature médiate, avec ou sans section de la veine. Il est certain qu'en observant les règles de l'antisepsie, il n'y a à redouter avec elles aucun accident de septicémie et qu'on peut sans danger les répéter un grand nombre de fois sur le même membre. Mais ces avantages sont bien peu de chose en face des désavantages que nous allons leur opposer, en nous appuyant sur l'anatomie descriptive de la région et sur l'anatomie pathologique du tissu veineux.

« Nos connaissances anatomiques nous apprennent, en effet, que les rapports de la veine saphène interne à la jambe avec le nerf du même nom qui l'accompagne sont des rapports absolument constants. Tantôt ce nerf se trouve en dedans de la veine, tantôt il la croise obliquement, tantôt enfin on le rencontre en dehors. Souvent on l'a vu accolé directement aux parois variqueuses, surtout au niveau de la malléole interne, où il se subdivise en plusieurs rameaux qui forment un vrai lacis autour de la veine saphène.

De cette incertitude où nous sommes de la situation exacte de ce nerf va résulter un grand inconvénient. Avec les procédés de ligature per et sous-cutanées, en effet, nous agissons absolument au hasard. Notre aiguille à ligature passée à travers les tissus, sans compter qu'elle peut déchirer ou transfixer la veine, pourra, en passant derrière elle, enserrer facilement un filet nerveux, et on voit alors les graves inconvénients qui peuvent résulter de cette opération maladroite, phé-

nomènes de compression, douleur, névrite, etc...

Aussi, pour cette première raison, pensons-nous que ces deux premiers procédés doivent être éliminés à la jambe et céder le pas au procédé de ligature à ciel ouvert, qui nous permettra d'isoler la veine et de ne prendre rien que la veine. Tout au plus pourrions-nous les utiliser à la cuisse, où le vaisseau n'est pas accompagné de filets nerveux importants. C'est du reste dans cette seule région que nous les avons vu employer jusqu'à présent.

Si maintenant, ajoute M. Charrade, nous nous reportons à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, pour avoir des explications sur les phénomènes qui se passent du côté du tissu veineux après ligature d'une veine, les réponses diverses des auteurs nous permettent d'attaquer avec avantage l'emploi de ces méthodes.

Tandis, en effet, que, d'après Baumgarten, Billroth, Malgaigne et Nicaise, après la ligature les tuniques veineuses se plissent toutes et demeurent pressées les unes contre les autres sans la moindre solution de continuité, d'après Drou et Boeckel, au contraire, la constriction aurait pour conséquence de faire céder les tuniques interne et moyenne à l'exclusion de la tunique externe, qui seule persiste.

Dans un cas, il serait alors à craindre que l'oblitération se fasse tout comme lorsqu'une phlébite infectieuse obture la lumière d'un vaisseau. On sait que, dans ce cas, par suite de modifications du caillot, bien étudiées aujourd'hui, la veine peut, au bout d'un certain temps, redevenir perméable à la circulation. Et on pourrait admettre encore que la constriction ait été mal faite ou insuffisante pour rapprocher pendant quelque temps les parois de la veine et permettre à

la prolifération interne de l'endoveine à ce niveau de se faire pour oblitérer définitivement le vaisseau.

Il pourrait encore arriver que les deux tuniques interne et moyenne de la veine n'aient pas été rompues par le fil à ligature, mais seulement éraillées et accolées, d'où encore possibilité de retour à la perméabilité, à la chute du fil.

Nous ferons, d'ailleurs, remarquer en passant que cette perméabilité a déjà été observée pour les artères. Nous avons vu, en effet, dans le courant de l'hiver dernier, M. le professeur Tillaux présenter à l'un de ses cours de médecine opératoire à la Faculté une pièce d'anévrysme poplité, traité par M. Brun au moyen de la ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. Et, fait extraordinaire, le segment étreint par le fil avait recouvert son entière perméabilité. Pourquoi ce fait de la division incomplète des tuniques après ligature constatée pour les artères n'arriverait-il pas aussi pour les veines?

De l'étude de ces faits, nous devons donc conclure que, en présence de l'incertitude où nous sommes d'avoir par notre intervention obtenu l'arrêt de la circulation dans une veine, nous ne devons pas hésiter à rejeter tous les procédés de ligature simple, quels qu'ils soient, malgré que l'on puisse nous objecter qu'avec une pareille ligature plusieurs fois répétée sur le même vaisseau nous ne devons guère craindre un tel insuccès.

Nous ferons remarquer en passant qu'il est des cas où l'excision est difficile, sinon impossible, lorsque les veines ont des parois amincies et sont plongées au milieu de tissus indurés. En outre, la partie que l'on élimine ainsi de la circulation est fort limitée; car,

grâce aux précautions antiseptiques, il ne se produit pas de thrombose quelque peu étendue. C'est pourquoi Schede a eu recours à une méthode de ligature fort bien conçue et basée sur les résultats des recherches récentes concernant l'oblitération des vaisseaux sans thrombus, par soudure des parois vasculaires. Cette méthode consiste à passer autour d'une veine volumineuse, avec les précautions antiseptiques, un certain nombre de fils de catgut à des intervalles d'environ 2 centimètres. Les fils sont ensuite noués sur un tube de caoutchouc, que les doigts d'un aide maintiennent aplati et appliqué contre le vaisseau. Puis on enveloppe le membre d'un pansement de Lister. Les premiers fils sont enlevés au bout de vingt-quatre heures; les autres après quarante-huit heures.

Grâce à la pression du tube de caoutchouc, les parois du vaisseau sont aplaties d'une façon régulière et se soudent l'une à l'autre sous l'influence de l'irritation produite par les fils. Un long segment de membre se trouve ainsi privé de circulation. Mais Schede regarde encore l'extirpation comme le procédé de choix.

C'est aussi notre avis. Nous avons, il y a un instant, indiqué suffisamment les inconvénients des procédés qui consistent à lier simplement la veine saphène. Aux autres points de vue, la section de la veine entre deux ligatures ne nous paraît pas offrir de garanties suffisantes contre toute récidive. Jusqu'à présent, on enseignait qu'après la section complète d'une veine les deux bouts se rétractent, qu'il se forme un caillot à chaque extrémité et qu'il se produit ensuite une endophlébite végétante pénétrant peu à peu le caillot qui se résorbe. La veine s'oblitère alors

dans son bout périphérique aussi bien que dans son bout central. Mais les importantes expériences de Mickelich (Recherches comparatives sur la valeur des opérations employées dans la cure contre les varices, in *Archives de Wirchow*, t. XXV, p. 48) ont montré que la lumière du vaisseau peut se rétablir et que, seule, la résection suffisamment étendue de la veine entre deux ligatures met à l'abri du retour de la circulation dans le segment veineux en question. Ces expériences très bien conduites ne laissent pas place au doute ; aussi peut-on conclure que la section de la veine pourra ne pas être toujours suffisante et qu'il faut recourir à la résection. Celle-ci, faite largement, permet non seulement d'enlever les paquets variqueux, de lier les collatérales et les anastomoses profondes qui peuvent s'y rendre, mais encore de reconnaître *de visu* les rapports de la tumeur. En toutes circonstances, nous ne risquons pas de blesser un filet nerveux ; nous reconnaîtrons aussi, ce qui est assez fréquent à la jambe, les cas où la veine saphène est double et où il faut par conséquent pratiquer une double opération.

« En résumé, dit l'auteur, la résection de la saphène convient à tous les cas, quel que soit l'état de la veine ; seule elle permet l'ablation des paquets variqueux. La section entre deux ligatures peut être faite sur la portion jambière et à la portion crurale du tronc veineux, mais elle ne permet pas d'agir aussi efficacement sur les paquets variqueux, car ceux-ci reçoivent ordinairement par leur face profonde des collatérales qui continueront à jeter le sang dans l'intérieur de la tumeur variqueuse.

« Quant aux ligatures multiples, pour des raisons que

nous avons déjà énumérées, elles ne sont applicables que sur la saphène, depuis le condyle fémoral jusqu'à la fosse de Scarpa.

« Pour conclure, nous dirons donc que la résection dans le traitement des varices est le procédé de choix; la section simple peut rendre quelques services. Quant aux autres procédés, ce sont des procédés d'exception, dont on aura rarement à faire usage. »

Enfin, pour citer encore un auteur qui a fait une étude approfondie des varices et de leur traitement, nous indiquerons l'opinion textuelle de M. Schwartz :

« La cure radicale des varices, dit-il, nous semble possible lorsqu'il n'y a que des lésions bien limitées sans varices profondes. Lorsque ces dernières existent, ou même lorsque les réseaux veineux superficiels sont très développés, elle devient pour ainsi dire une chimère ; certainement, si une grosse varice est douloureuse, menace de se rompre, si des ulcères compliquent la situation, il sera indiqué d'y remédier en attaquant le *corpus delicti ;* mais on ne devra pas séparer la guérison radicale de l'état variqueux lui-même et compter tout au plus sur l'atténuation, si ce n'est sur la guérison de l'état local. Nous avons dit combien le traitement palliatif rend de services quand il est convenablement appliqué et suivi; c'est là encore une raison qui ne nous décidera qu'à bout de ressources au traitement curatif. Si nous avions à le mettre en pratique, nous donnerions la préférence soit à l'extirpation et à la résection des veines après ligatures antiseptiques, soit aux injections intra-veineuses iodo-taniques ou péri-veineuses à l'alcool dilué; ces procédés nous semblent répondre le mieux aux deux indications essentielles qui doivent être

recherchées : innocuité et efficacité, en y mettant d'ailleurs bien des réserves. »

De toutes ces opinions, on peut tirer cette déduction que la résection des veines entre deux ligatures, ou extirpation, est le procédé de choix ; mais il faut encore savoir dans quel cas l'intervention peut et doit être proposée ; et, comme le dit M. Quénu, la difficulté est bien moins dans le choix du procédé opératoire que dans la solution des deux questions suivantes :

1° Rend-on réellement service aux variqueux en général en déterminant une oblitération partielle de leurs varices ?

2° Existe-t-il des cas spéciaux qui soient justiciables d'une intervention opératoire ?

On est à peu près d'accord, dit M. Quénu, sur le premier point : la grande majorité des variqueux peuvent se passer d'opérations, et nous ne comprenons plus qu'un chirurgien ait eu à opérer des centaines et des milliers de varices (Bonnet), deux mille cas traités par les caustiques (Th. de Legendre). Assurément, nous n'avons plus, pour repousser l'intervention, les mêmes raisons qu'au temps de Velpeau et de Nélaton : les risques opératoires se sont de plus en plus réduits, mais les chances d'une guérison persistante ne se sont guère accrues. Sans invoquer les raisons théoriques que nous énumérions dans les généralités thérapeutiques du début, sans parler d'accidents exceptionnels, je le veux bien, avec nos nouvelles méthodes, mais toujours possibles, on peut encore aujourd'hui répéter avec Michon et Nélaton (1),

(1) Nélaton (Société de Chirurgie, 1852) : « Pendant un séjour à Bicêtre, j'ai vu bon nombre de malades qui avaient subi des

avec Velpeau et Verneuil, etc., que les varices sont incurables et que la récidive, ou mieux que la continuation de la maladie est la règle. Rigaud n'a revu que 15 opérés sur 140; dans 5 cas, de nouvelles varices s'étaient développées sur des branches collatérales qui n'étaient nullement variqueuses au moment de l'opération; d'autres fois, la saphène externe était devenue malade, ou bien de petits ulcères s'étaient reproduits; Rigaud a retrouvé (note de M. Quénu) deux de ses anciens opérés de Strasbourg; chez l'un d'eux, la guérison parfaite se maintenait depuis quatre ans; chez l'autre, l'ulcère s'était reproduit. Toutes ces observations sont, en somme, insuffisantes et je n'admets en aucune façon le « pas de nouvelles, bonnes nouvelles » de l'auteur. Je ne saurais trop répéter que la persistance de l'oblitération veineuse (Th. Lagarrigue, malade opéré à Necker depuis quatorze ans : les veines étaient restées oblitérées; Vallette, malade opéré par Bonnet en 1840 : la guérison s'est maintenue trente-deux ans) n'est pas le fait qui intéresse le plus le malade, si d'autres varices se développent en d'autres lieux.

« Mais, si l'intervention est à repousser comme méthode générale de traitement, peut-être n'en est-il pas de même pour un certain nombre de cas particuliers; il est possible qu'en France nous ayons trop de tendance à nous abstenir. »

L'indication d'intervenir, dit M. Quénu, peut être discutée dans trois circonstances différentes :

opérations multiples pour être guéris de leurs varices; chez aucun je n'ai pu constater une véritable guérison. » (Note de M. Quénu).

Dans les douleurs vives dans un paquet variqueux;
Dans les cas d'hémorragies;
Dans les cas d'ulcères.

Les varices développées, continue-t-il, le long des saphènes peuvent être extrêmement douloureuses, en dehors de toute poussée inflammatoire, uniquement parce qu'elles ont englobé et irrité les nerfs correspondants. La résection de la tumeur douloureuse nous paraît être une conduite chirurgicale des plus logiques. M. Schwartz a opéré (Société de Chirurgie, 1888) un homme de trente-quatre ans, qui portait une tumeur variqueuse, grosse comme une mandarine, à la face interne du genou, et qui souffrait horriblement de la moindre pression. Ce malade a été guéri de ses douleurs et revu deux ans après. Le même chirurgien a, depuis cette époque, répété un nombre très considérable de fois cette opération, et toujours avec un plein succès.

La résection ou mieux la ligature, dans les cas d'hémorragies par rupture des varices, nous paraît également défendable, ainsi que Legendre le dit dans sa thèse, d'après une observation de Lucas-Championnière. La grossesse cesse même (observations d'Erichsen, *Lancet*, 1857, de Cazin, etc.), en raison du danger, de devenir une contre-indication formelle.

Peut-être, dans les cas de névrites sciatiques graves, non améliorables par le repos ou les bas, serait-on autorisé à pratiquer, au point le plus douloureux, la ligature des veines qui sortent du sciatique.

Pour les ulcères variqueux, la question est plus discutable. Bon nombre d'opérations pratiquées chez les variqueux l'ont été à cause d'ulcères compliqués et difficiles à guérir. Théoriquement, en supprimant

les paquets variqueux au-dessous de l'ulcère, on favoriserait la circulation de la peau, on la déchargerait du poids d'une colonne sanguine considérable. Pratiquement, les observations viendraient appuyer l'action chirurgicale (observations de Rigaut, Lebrun, Frank, etc., et, plus anciennement, de Chassaignes, Davat, etc.) ; par elle, la cicatrisation aurait été hâtivement obtenue sur les plaies rebelles à tout traitement. Je me suis longtemps intéressé à la cure des ulcères variqueux par divers pansements. Je n'en ai guère vu qui aient résité aux pansements antiseptiques aidés du repos horizontal, de la compression et, au besoin, des greffes de Thiersch. Comme la thérapeutique sanglante ne met pas plus que les autres à l'abri des récidives, comme justement, dans les cas d'ulcères, il est difficile, même à la distance, d'obtenir un champ opératoire parfaitement aseptique et des tissus non infectés antérieurement, je conclus ici encore à l'abstention, ne réservant l'indication opératoire que dans les cas où l'ulcération serait le siège de douleurs excessives et rebelles avec des saignements répétés et abondants ; mais alors la thérapeutique de ces derniers accidents rentre dans le cadre précédent. Nous verrons, au traitement des ulcères variqueux, que telle n'est pas, loin de là, l'opinion de tous les auteurs.

M. Quénu conclut en disant : « Je résume donc les indications opératoires dans le traitement des varices en disant : ce n'est que pour des douleurs tenaces et pour des hémorragies que l'intervention chirurgicale est justifiée. »

On voit par ces extraits que nous n'avons pas encore une opinion unanime sur le traitement opératoire des varices; et tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on

est autorisé à proposer l'extirpation dans les cas de douleurs ou d'hémorragies, lorsque le malade ne peut plus, par suite de son affection, se livrer à ses occupations ou gagner sa vie par son travail.

De plus, pour juger entièrement la question, il est absolument nécessaire d'envisager les résultats obtenus.

Si nous nous reportons à la pathogénie des varices, nous voyons que les causes qu'on peut invoquer sont multiples et que, pour la plupart, elles sont sous la dépendance d'un état diathésique, ainsi que semble le prouver, d'une part, l'hérédité que l'on rencontre fréquemment chez les variqueux, d'autre part, la coexistence avec les varices de stigmates de dyscrasie (hémorrhoïdes, migraines, hernies, etc.) De toutce la nous devons forcément conclure, avec M. Charrade et tous les auteurs qui l'ont précédé, à l'inutilité de l'intervention dans un but de guérison radicale; car nous n'ignorons pas que la chirurgie ne pourra remédier aux causes de l'affection.

« Et, à ce propos, dit M. Charrade, nous dirons encore que l'on ne saurait comparer, au point de vue des résultats, les méthodes de traitement des varices à celles dont ont bénéficié les hernies, le varicocèle et les hémorrhoïdes, que l'on trouve souvent sur le même terrain arthritique; car, si la pathogénie les rapproche, la chirurgie les sépare toujours.

« Cependant, nous ne devons pas rejeter absolument toute idée de guérison, car Terrier dit avoir vu des varices guérir avec l'âge et par suite d'une phlébite adhésive ayant déterminé l'oblitération des veines superficielles. Cette dernière explication justifierait bien le mode de traitement des varices pour les

injections intra-veineuses de liquides coagulants.

« En tout cas, à part les varices ayant pour origine des causes mécaniques, telles que tumeurs comprimant des veines importantes, grossesse, etc., varices que l'on peut guérir en supprimant la cause initiale, nous devons nous attendre à ne produire qu'une amélioration et à obtenir, comme le dit Follin, une cure palliative prolongée, ce qui vaut bien la peine, il nous semble, d'être pris en sérieuse considération.

« Puisque nous n'arrivons pas à enrayer directement le processus morbide cause de l'état variqueux, nous devons nous attendre à n'obtenir que des améliorations très localisées. Ainsi, après avoir interrompu le courant sanguin en différents points de la saphène par nos procédés de ligature et de résection, nous avons délivré cette veine du poids considérable de la colonne sanguine qu'elle avait à supporter par suite de la perte de ses valvules, comme nous l'avons vu. Il n'y a alors rien d'étonnant à ce que les parois veineuses, si elles ne sont pas trop altérées, puissent reprendre en partie leur élasticité et par là même recouvrer leur calibre normal. C'est ce que nous avons constaté dans toutes nos observations. Les veines, peu de jours après l'opération, sont complètement affaissées ; parfois même on n'aperçoit plus sur le malade debout cette traînée de coloration bleuâtre qui indiquait bien leur dilatation.

« Après l'extirpation des paquets variqueux, la circulation collatérale s'est rétablie ; et, dans la région siège habituel de l'œdème, il n'y a plus aucun gonflement. La coloration redevenue normale des tissus superficiels indique que la circulation sous-cutanée est bien revenue, et rien ne vient prouver que la cir-

culation profonde ait à souffrir de notre intervention, malgré l'existence probable de varices profondes.

« Du reste, nous savons qu'à la veine fémorale est dévolu le principal rôle dans le retour du sang veineux vers le cœur. »

La saphène interne, elle, qui ramène le sang des vaisseaux superficiels dans cette même veine fémorale, peut être facilement suppléée par de nombreuses anastomoses qui la mettent en communication, d'une part, avec la saphène externe, d'autre part, avec les vaisseaux profonds. Aussi, nous n'avons pas à nous préoccuper des troubles qu'on aurait pu craindre dans le cours du sang par suite de son oblitération ou de sa suppression.

Donc, notre intervention améliore évidemment l'état des varices; elle nous prouve une cure qui durera autant que la circulation collatérale n'aura pas été atteinte à son tour par le processus ulcéreux; aussi pensons-nous que notre tâche pourra être continuée avec avantage par la médecine, qui, elle, pourra peut-être prévenir la sclérose future des veines encore indemnes.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Parmi les complications, il en est un certain nombre qui, on le conçoit, ne nécessitent aucun traitement spécial. Il est bien évident que le traitement des lésions cutanées accompagnant les varices ne doit point nous occuper ici, car il ne diffère en rien de la thérapeutique qu'on applique en général à ces lésions.

Pour ce qui est de la phlébite simple ou suppurée, compliquée ou non, elle réclame, elle aussi, le traitement ordinaire de cette affection : repos, le membre étant élevé ou au moins dans la position horizontale, immobilité absolue, enveloppement dans de l'ouate pour empêcher tout mouvement et tout contact, et fixation dans une gouttière en fil de fer. La thrombose et l'embolie qui peuvent la compliquer ne présentent non plus aucune indication spéciale. Si les douleurs sont très violentes, on s'adressera aux divers calmants, opium, injections de morphine, aux applications émollientes, etc.

Nous passerons sous silence le traitement de l'érysipèle et celui du phlegmon, qui ne présente ici rien de particulier.

Les ruptures, les hémorragies peuvent donner lieu à quelques indications spéciales ; nous en dirons donc quelques mots ; mais c'est surtout le traitement des ulcères variqueux qui devra nous occuper ici.

« Pour les ruptures externes, dit M. Schwartz, le traitement par excellence est la compression locale sur l'orifice qui donne le sang. Généralement, ce moyen suffit amplement pour amener la formation d'un caillot et l'hémostase, lorsqu'il n'y a pas d'autres causes de stase sanguine (compression circulaire par jarretières) ou bien lorsqu'il n'existe pas une diathèse ou une maladie constitutionnelle hémophilique. Aussi faut-il toujours examiner à ce point de vue les parties atteintes de ruptures variqueuses.

« Le sang arrêté, on appliquera un bandage compressif par-dessus une série de plaques d'amadou, désinfectées minutieusement, de façon que l'hémorragie ne se reproduise pas. Le repos complet pendant quelques

jours devra être recommandé. Nous proscrivons encore à ce propos l'usage de liqueurs hémostatiques irritantes, qui pourraient provoquer par leur application des phénomènes inflammatoires toujours sérieux quand il s'agit de veines (perchlorure de fer, etc.).

« Il est bien entendu que des conseils devront être donnés par leur médecin aux personnes qui peuvent être sujettes à ces accidents; elles devront éviter de se gratter en des endroits où existent des varices et combattre en général toute irritation qui se produirait à leur niveau.

« Dans les cas de ruptures interstitielles, le traitement consistera à chercher la résorption des épanchements sanguins par le repos, la compression et à prévenir les accidents inflammatoires. »

Quant aux ulcères, ils peuvent être simples ou compliqués de divers accidents; nous passerons rapidement en revue, chemin faisant, les indications spéciales du traitement dans ces différents cas.

Une des premières indications est le repos du membre et le repos de l'ulcère. Le repos du membre ne s'obtient bien qu'au lit, avec le décubitus horizontal. Gerdy insiste même beaucoup pour que la jambe malade soit plus haute que le tronc et soulevée par des coussins ou par un mode de suspension quelconque, tel que le hamac. Le sang artériel arrive alors plus difficilement jusqu'au pied, le sang veineux regagne plus facilement le cœur; on évite la stase si fréquente dans les réseaux vasculaires altérés et l'œdème qui en est la conséquence. Lorsque la perte de substance est limitée, lorsque la nutrition des tissus n'est pas trop compromise, le repos du membre et son élévation suffisent pour amener une guérison rapide. Mais il

faut éviter d'irriter la perte de substance et, pour ne pas troubler l'organisation de la membrane granuleuse, « on ne déshabillera pas trop souvent l'ulcère », comme disait Ambroise Paré.

Les applications locales, dit M. Reclus, varieront suivant la variété de l'ulcère, ses complications et son étendue.

Lorsque les malades nous arrivent à l'hôpital, la perte de substance est presque toujours enflammée ; le repos et l'élévation du membre sont déjà fort efficaces pour combattre cette phlogose, mais la marmite de Lucas-Championnière et ses pulvérisations phéniquées rendent alors les plus grands services. Gilles de la Tourette (De la guérison des grands ulcères de jambe par les pulvérisations phéniquées, *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 568) a justement insisté sur leur heureuse influence, et, pour notre part, dans notre service, nous commençons toujours par elles le traitement des ulcères de jambe : l'inflammation tombe, la surface se déterge, les sécrétions fétides s'arrêtent, les bords s'affaissent, les substances concrétées sur la peau avoisinante se détachent et la perte de substance, bien délimitée, bien propre, est plus apte à bénéficier des applications qu'on peut faire à sa surface.

« Celles-ci dépendent beaucoup de la vitalité plus ou moins grande de la membrane granuleuse : lorsque les bourgeons sont rares, mous, blafards, lorsque l'ulcère est « atonique », il faut l'exciter par des pansements appropriés. L'ancienne pharmacopée se servait de drogues, l'onguent styrax par exemple, qui n'étaient pas sans valeur. Le baume du Commandeur, l'essence de térébenthine, ont eu aussi leurs partisans.

Mais, à cette heure, lorsque l'ulcère est petit, à surface peu anfractueuse, c'est au nitrate d'argent qu'on a le plus souvent recours. Si, au contraire, il est étendu, anfractueux, à couche lardacée épaisse, la lame rouge du thermocautère, légèrement appliquée sur les points les plus saillants, a la plus heureuse influence : une eschare superficielle se forme, qui tombe au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures et montre au-dessous une membrane plus vivante. Ces cautérisations devront être répétées plusieurs fois.

« Lorsque l'ulcère est recouvert de masses fongueuses exubérantes, on peut encore recourir au thermocautère pour détruire les bourgeons mous et blafards qui n'ont aucune tendance à l'organisation. Le sulfate de cuivre et l'acide chromique, le permanganate de potasse, le tartrate ferrico-potassique, donneraient alors d'excellents résultats. Nous ne saurions trop recommander les lotions d'eau très chaude : deux ou trois fois par jour, le membre où siège l'ulcère sera plongé dans un bain dont on élèvera progressivement la température de 50 à 55 degrés ; les séances devront durer au moins de dix minutes à un quart d'heure.

« Ces lotions chaudes modifient en très peu de jours la surface de l'ulcère : il prend une coloration rosée et son liséré cicatriciel s'accroît d'une manière sensible. Lorsque le branle est donné à l'épidermisation, nous insistons sur la compression. Autrefois, pour la pratiquer, on avait recours au pansement de Baynton; des bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de Vigo sont imbriquées sur la perte de substance ; elles ont la double fonction d'exciter la couche granuleuse et d'exercer une compression méthodique. Ce procédé,

importé d'Angleterre par Roux en 1814 et vulgarisé par Philippe Boyer, est resté classique dans les consultations de nos hôpitaux. Mais il perd maintenant du terrain, car les cautérisations, l'eau chaude, le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse, sont de meilleurs excitants, et nous avons des moyens plus sûrs pour exercer la compression. »

En effet, le docteur Henry-A. Martin, du Massachusetts, a proposé la bande élastique (Martin, *Transactions of the American medical Association*, 1877, t. XXVIII, p. 589). Il la prend longue de 3 à 4 mètres et large de 75 millimètres. « A l'une des extrémités, dit-il, on fixe quelques centimètres d'un épais tissu de fil et à celui-ci sont cousues deux fortes attaches de 45 centimètres de longueur. Son mode d'application est des plus simples : le malade doit la mettre le matin, avant toute occupation, avant que les veines de la jambe se soient distendues sous le poids de la colonne sanguine qui les remplit. Il vaut mieux l'appliquer au lit, en la serrant juste assez pour qu'elle ne glisse pas. En effet, dès que le pied repose sur le sol, la jambe augmente de volume par afflux du sang dans les veines, de sorte qu'elle se trouve suffisamment serrée par la bande ; celle-ci reste en place toute la journée, quel que soit le genre d'exercices ou de travaux du malade. Pour enrouler la bande, on fait un tour au-dessus des malléoles, puis un tour en étrier sous le pied, et de là on remonte sur la jambe en spirales successives jusqu'au genou ou au-dessus, chaque tour couvrant le précédent de 15 à 20 millimètres.

« Le soir, quand le malade se déshabille, il enlève la bande et essuie parfaitement sa jambe ; il place sur l'ulcère un pansement quelconque, qu'il fixe par quel-

ques tours de bande ordinaire. La bande en caoutchouc est bien lavée et mise à sécher pour le lendemain..... Le traitement consiste donc à porter toute la journée la bande aussi longtemps qu'on marche ou qu'on se tient debout. Quand on l'enlève, le soir, on la trouve saturée d'humidité ; la plaie a donc été dans un bain humide, chaud et absolument à l'abri de l'air, ce qui représente les meilleures conditions possibles pour favoriser le développement des bourgeons charnus et la cicatrisation. En outre, une compression égale, modérée et soutenue a resserré les vaisseaux distendus ou affaiblis et prévient ainsi la turgescence veineuse, cause si fréquente de la nutrition mauvaise de la peau.

M. Reclus a eu souvent recours à cette méthode et la trouve excellente ; il la complète matin et soir par un bain ou des lotions d'eau à 50 degrés. « Elle a, sur tous les autres traitements, l'avantage immense de ne pas interrompre la vie sociale et de ne pas nécessiter le repos au lit. » Mais les ouvriers ne peuvent pas toujours exécuter ces manœuvres ; aussi, dans quelques cas, lorsque l'ulcère est bien détergé, M. Reclus applique à sa surface « une couche d'une pommade qui, pour 40 grammes de vaseline, contient 5 grammes d'acide borique, d'antipyrine ou de salol et 1 gramme d'iodoforme ; je la maintiens par quelques tampons d'ouate hydrophile et, au-dessus, je pose un bandage silicaté, qu'on refait tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. Ici, comme avec la méthode de Martin, les malades peuvent marcher ».

Bien d'autres méthodes de traitement ont été cependant mises en pratique, dont nous devons dire quelques mots.

L'électricité a été mise en pratique par Spencer Wells, Ouimus et Arnold (*Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité*. Thèse de Paris, 1877).

La cicatrisation de Bouisson, avec ses procédés sans nombre, semble, de même que l'électricité, absolument délaissée.

Quant aux incisions circonférentielles de Bolbeau, où l'ulcère est creusé par une ou deux séries d'incisions curvilignes qui traversent les tissus jusqu'à l'aponévrose ou jusqu'à l'os, elle a encore quelques partisans, et nous avons vu des succès par ce procédé. On voit d'ordinaire, après cette opération qui agirait efficacement, suivant Quénu, en supprimant l'action des nerfs enflammés, les bourgeons charnus devenir plus actifs. On emploie surtout cette méthode dans les cas de vieux ulcères atones, à bords plus ou moins calleux et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. On en obtient assez souvent, dans ces cas, de bons résultats.

Enfin, depuis les recherches de Reverdin, on use parfois de greffes épidermiques ou dermo-épidermiques; on pratique même de véritables autoplasties pour guérir des ulcères invétérés. Mais elles ne réussissent que si la surface de la perte de substance est manifestement bourgeonnante; aussi faut-il souvent une période de préparation; la jambe sera mise au repos dans une position horizontale; on excitera la couche granuleuse par des substances appropriées. Puis, lorsque la surface sera bien détergée, rose ou vermeille, lorsque le liséré cicatriciel commencera à se former, on appliquera les îlots épidermiques et le lambeau de derme, que l'on maintiendra en place par

de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution de sel marin. Cette technique des greffes a une trop grande importance pour être ainsi traitée sans détails, et nous ne pouvons que l'effleurer ici. Nous avons même vu essayer, après un succès partiel, des greffes d'éponges.

« En résumé, dit M. Reclus, pulvérisations phéniquées avec la marmite de Championnière, les premiers jours, pour abattre l'inflammation si elle existe et déterger l'ulcère; bains de jambe ou lotions avec de l'eau à la température de 45 à 50 degrés; compression méthodique avec la bande de Martin ou une pommade antiseptique sous un appareil silicaté; greffes épidermiques pour hâter la cicatrisation lorsque la surface de la perte de substance est recouverte d'une membrane granuleuse, rosée ou vermeille et que le liséré épidermique s'accuse déjà sur les bords, telles me paraissent être les phases d'un traitement régulier pour un ulcère variqueux simple et de médiocre étendue.

« Il est des cas où toute thérapeutique semble inutile : dès les premiers jours du traitement, on voit l'ulcère se rétrécir et l'on espère; mais, au moindre prétexte, le liséré cicatriciel se fond et on assiste pendant des mois et des années, selon la patience du sujet, à des alternatives émouvantes. L'amputation est alors indiquée; elle l'est encore, chez les jeunes sujets, lorsque l'ulcère a provoqué des ostéo-périostites, une ossification de tous les tissus de la jambe : la peau distendue et mal nourrie ne peut plus se cicatriser; l'ablation est le seul remède, et l'on doit se résigner à cette *ultima ratio* de la chirurgie. De même lorsque l'ulcère est considérable, qu'il fait le tour du

membre, qu'il est « annulaire », car on ne peut plus compter sur une réparation suffisante des tissus ; la membrane cicatricielle, si elle parvenait à se former, ne serait ni durable, ni solide. »

M. Charrade, dans sa thèse, examine l'influence de l'extirpation sur chacune des complications des varices.

« L'œdème, dit-il, est le premier des accidents des varices, on pourrait ajouter le plus fréquent. Il est caractérisé par une infiltration séreuse dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, et il reconnaît pour principale cause un trouble dans la circulation du territoire qu'il occupe. Si l'on considère que l'œdème siège toujours, dans ces cas, à l'extrémité du membre inférieur, cette gêne circulatoire est évidemment produite, d'une part, par le poids de la colonne sanguine qui fait retour du cœur, puisque les valvules de la saphène ne sont plus là pour s'y opposer, et, d'autre part, par les difficultés qu'éprouve le sang à revenir à sa source. Peut-être faudrait-il joindre à ces causes une altération nerveuse ayant occasionné une paralysie des vaso-moteurs, d'où dilatation des vaisseaux de tout ordre et spécialement des capillaires. Les parois de ces derniers, sous l'influence d'une pression toujours croissante, laisseraient transsuder les parties les plus fluides du liquide sanguin.

« D'après ces explications, ajoute l'auteur, on comprend facilement qu'en liant la saphène en différents points on décharge la colonne sanguine à l'extrémité inférieure du poids d'une colonne liquide considérable, d'où diminution de la tension, régularisation du courant sanguin qui doit passer par les veines profondes et, en même temps, disparition des phéno-

mènes d'œdème. On obtient par l'opération, d'une façon permanente, les résultats que donne passagèrement le repos dans la position horizontale.

Dans l'observation XI de la thèse de M. Charrade, l'œdème a disparu après huit jours, et ce fait coïncide bien avec l'affaissement des varices. Dans l'observation X, le malade, plusieurs fois remis de son œdème, n'a été définitivement guéri qu'après l'opération. Il en est à peu près de même dans les observations XI et XIV. Tous les malades revus après plusieurs mois ne se plaignaient plus de cette enflure qu'ils observaient après la moindre fatigue ou le soir en se couchant.

« Pour le plus grand nombre des auteurs, les ulcères sont des troubles trophiques sous la dépendance non seulement de l'état de la circulation, mais aussi de l'état d'innervation, et ils sont en rapport avec un vice général de l'économie : l'arthritisme (Bazin), l'herpétisme (Lancereaux). D'après ces données, qui sont les plus répandues aujourd'hui, nous voyons très bien qu'en modifiant l'état de la circulation de la région où siège l'ulcère nous n'aurons fait que remédier à l'une de ces causes et ne pourrons conséquemment obtenir une guérison radicale. Mais nous n'en avons pas moins le droit d'espérer une amélioration ; car, en déchargeant le membre inférieur d'une colonne sanguine considérable, nous favorisons la circulation de la peau et la circulation nerveuse ; et, par là, nous pourrons bien amener la disparition des troubles trophiques, dont l'ulcère est la conséquence. Nous pouvons ainsi, en tout cas, être utile à nos malades en retardant la récidive ; car, si nous nous reportons au mémoire de Trendelenburg,

nous voyons qu'à propos de l'ulcère il insiste sur le fait suivant, qui est bien en faveur de notre intervention. Par le repos, dit-il, l'ulcère se cicatrise bien, parce que la position horizontale le met à l'abri de l'action de la pesanteur dans les veines qui l'entourent; mais, que le malade remarche, la récidive sera rapide et l'ulcère cicatrisé se rouvrira spontanément, comme on peut le voir en observant, durant les derniers temps avant la réouverture, la cicatrice, qui reste sensible et laisse voir une sugillation bleu noirâtre, indice d'une hémorragie, dans le tissu cicatriciel, sous l'influence bien évidente d'une pression exagérée du reflux sanguin. Ainsi donc, pour cette raison, nous croyons agir utilement dans les cas d'ulcère, surtout rebelle à tout autre traitement. C'est le résultat que nous avons pu obtenir chez notre malade de l'observation II, dont l'ulcère, qui avait plusieurs fois récidivé, s'est cicatrisé en sept jours et n'avait pas reparu au bout d'un an.

« Dans l'observation IV, le malade voyait son ulcère revenir périodiquement tous les dix à douze mois; voici déjà dix-huit mois que la guérison se maintient. A l'observation IX nous avons vu un cas, rebelle à tout traitement, dont la guérison se maintient, malgré que le malade reste longtemps debout. Le malade de l'observation X est de même guéri. Tels sont les faits que nous pouvons apporter en faveur de notre opération contre les ulcères. »

Mais nous devons dire que, bien qu'il semble démontré que l'ulcère variqueux se trouve souvent heureusement modifié dans sa marche par la diminution ou la suppression des varices qui l'accompagnent, l'opinion n'est pas unanime, loin de là, et beaucoup

de chirurgiens repoussent l'intervention dans les cas d'ulcères non compliqués de douleurs intenses ou d'hémorragies.

« Cependant, cette influence sur les ulcères est un fait incontestable et qui ne pèse pas pour peu dans la balance lorsqu'il s'agit d'entreprendre la cure dite radicale des varices des membres. » (Schwartz). Citons encore un exemple remarquable de la cicatrisation rapide d'un ulcère variqueux à la suite de l'oblitération des varices : c'est celui qui se trouve dans la clinique chirurgicale de Vallette. Ce chirurgien fit la cure radicale par la méthode des injections intra-veineuses iodo-taniques. Sept jours après, un ulcère variqueux était complètement cicatrisé. On ne pourrait attribuer au repos seul une modification aussi rapide.

« C'est surtout par les phénomènes douloureux, dit M. Charrade, que les résultats sont remarquables. Lorsqu'il survient des phénomènes douloureux chez les variqueux, que les douleurs siègent à la face interne du membre inférieur, sur le trajet des varices, elles reconnaissent pour cause soit la compression de filets nerveux, soit l'existence d'une phlébite des veines adhérentes aux nerfs de voisinage et même la dilatation variqueuse des vasa nervosum qui participent au processus général de phlébo-sclérose.

« Nous ne sommes pas étonné dans le premier cas de la compression des filets nerveux par les varices; car nous savons qu'à la jambe, du genou à la malléole interne, les filets du nerf saphène interne sont en rapport immédiat avec la veine qu'ils entourent. A la cuisse, même voisinage au niveau du canal de Hunter, où a lieu, par de nombreux filets, l'anastomose du saphène interne avec sa branche accessoire. Au tiers

supérieur, on trouve quelquefois des filets du musculo-cutané accompagnant la veine.

« La phlébite des veines des nerfs, que nous donnons comme seconde cause et occasionnée par des varices nerveuses, a été nettement démontrée par M. Quénu dans une communication relatée dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 avril 1892 (1). Il a établi que la sciatique reconnaissait pour origine des varices de ce nerf et que la douleur ne cédait qu'à la résection des varices principales.

« De l'examen de ces faits, il résulte clairement que notre intervention sera efficace dans presque tous les cas. Car, par la résection des paquets variqueux, nous libérons les nerfs de la pression à laquelle ils étaient soumis; par la ligature, en amenant l'affaissement des veines volumineuses, nous faisons cesser les phénomènes de compression en général et nous empêchons la phlébite des nerfs. »

Les observations citées par l'auteur viennent à l'appui de son affirmation. Le malade de l'observation III a été guéri rapidement de douleurs ayant résisté au traitement ordinaire. De même pour celui de l'observation VI. Dans la huitième observation, les douleurs et l'impotence fonctionnelle ont disparu depuis plusieurs mois, malgré que le malade exerce une pénible profession. Chez le sujet de l'observation XII, les douleurs exigeaient auparavant un repos absolu; depuis l'opération, il a repris ses occupations. Seul,

(1) Nous avons longuement insisté sur ce point et relaté la communication de M. Quénu.

celui de l'observation XV laisserait un peu à désirer, quoique cependant l'amélioration soit considérable. « Tels sont les résultats que nous avons obtenus et qui doivent, à notre avis, engager à intervenir, surtout en présence de l'impuissance de la thérapeutique à leur égard. » (M. Charrade).

Enfin, dans les hémorragies par ruptures de varices, l'action de l'intervention est évidente. Il est bien certain que, lorsque l'hémorragie a lieu spontanément ou par suite d'un accident, il y a « indication formelle d'intervenir à l'instant; d'après les accoucheurs, l'état de grossesse même n'est pas une contre-indication ». Mais on fera une « œuvre urgente en intervenant chez des malades qui ont eu déjà une ou plusieurs hémorragies, surtout si les varices ont acquis depuis un volume considérable ».

On ne peut nier non plus que l'opération est très utile chez les variqueux dont les varices très dilatées, à parois dures et friables, sont protégées par des tissus superficiels amincis, pouvant se rompre à la première occasion. « On préviendra ainsi les dangers nullement imaginaires de l'hémorragie, qui a pu, dans quelques cas, amener la mort en peu de minutes. Le malade que nous avons vu opérer pour prévenir cet accident avait déjà failli y succomber antérieurement, et, lorsqu'il est venu se faire soigner, l'état de ses varices était assez inquiétant pour faire redouter une récidive qu'on a pu ainsi empêcher. »

M. Charrade dit en terminant que de même, dans la plupart des troubles trophiques de la peau, qu'on observe chez les variqueux, tels qu'érythème, eczéma, etc., nous devons voir l'influence d'une circulation superficielle défectueuse. Et, malgré que l'on ne puisse

atteindre directement le principal coupable, qui est très probablement le système nerveux, nous n'en devons pas moins, à notre avis, essayer d'enrayer la cause immédiate, ce qui nous prouvera au moins une amélioration prolongée.

TRAITEMENT

Faut-il intervenir et appliquer aux varices des femmes enceintes un traitement autre que le repos dans la position horizontale? Cette question, résolue aujourd'hui par l'affirmative, était discutée il n'y a pas bien longtemps encore, après l'observation rapportée par Chaussier d'une femme qui avortait chaque fois qu'elle appliquait une bande compressive sur ses varices et les faits signalés par Dubois et Depaul.

Aujourd'hui, sans qu'on signale d'accidents, on fait porter aux femmes qui en sont atteintes des bas lacés et des bas élastiques.

Mais il faut s'en tenir aux traitements palliatifs; la cure radicale, l'extirpation ou encore le procédé ancien appliqué avec succès dans un cas par Cazin nous paraissent devoir être condamnés, à cause de la disparition ou diminution des varices après l'accouchement.

Les ruptures de varices siégeant sur les membres sont justiciables d'une compression antiseptique et ne présentent aucune indication particulière.

Il en est tout autrement des hémorragies survenant lors de la déchirure d'une veine variqueuse du vagin ou de la vulve. La première chose à faire, lorsqu'il survient une hémorragie avant ou après l'accouchement, c'est de s'assurer du lieu direct où elle provient.

Si cela est nécessaire, il ne faudra pas craindre, avec des précautions antiseptiques bien prises, d'introduire un spéculum, le diagnostic fait, si l'hémorragie cède au tamponnement bien fait, si l'hémorragie provient du col de l'utérus ou du vagin. Pour les hémorragies variqueuses de la vulve ou du clitoris, on peut maintenir avec la main pendant un certain temps (une heure quelquefois est nécessaire) un tampon antiseptique faisant sur l'orifice du vaisseau lésé une légère compression. On surveille ainsi l'arrêt de l'hémorragie et l'on permettra au caillot de venir oblitérer l'orifice de la veine.

La phlébite, la thrombose et la rupture interstitielle nécessitent le repos absolu dans la position horizontale, après enveloppement du membre. Nous n'en disons rien de particulier.

L'ulcère variqueux sécrétant du pus est, pour la femme enceinte ou l'accouchée, un danger continuel d'infection. Il devra être pansé antiseptiquement par occlusion. Budin, dans son service de la Charité, emploie un traitement spécial. Il consiste dans un pansement occlusif à la baudruche, dont les bords sont fixés à la peau saine par une couche de collodion élastique. Le pansement est appliqué sur l'ulcère après que celui-ci a été bien nettoyé, lavé à la liqueur de Van Swieten pure et saupoudré de salol. Le tout est recouvert d'une légère compression faite avec de l'ouate et une bande. Ce pansement est laissé en place le plus longtemps possible. On fait ainsi disparaître les chances d'infection, tout en soumettant l'ulcère à un traitement qui donne d'excellents résultats.

Quant au thrombus, on n'interviendra que s'il gêne l'accouchement par son volume, menace de s'ouvrir

de lui-même ou se vide au dehors. Dans les deux premiers cas, il faut ouvrir la tumeur au bistouri, vider la poche du sang qu'elle contient, la laver antiseptiquement et faire ensuite un pansement qui l'isole de l'air externe et des lochies.

Si la poche s'est ouverte d'elle-même, on agira comme après l'ouverture au bistouri.

Quelquefois, le thrombus supprimé, on a affaire alors à un véritable abcès, qu'il faudra traiter comme tel.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Définition et limitation du sujet	1
Étiologie	6
Causes prédisposantes	7
Pathogénie	14
1° *Théorie mécanique*	14
2° *Théorie anatomo-pathologique*	24
Anatomie pathologique	30
Symptômes	49
Diagnostic	64
Marche, pronostic	74
Complications et accidents des varices	78
Phlébite variqueuse	80
Des ruptures des varices	86
Ulcères variqueux	96
Variétés et complications	117
Des varices chez les femmes enceintes	132
Pathogénie	133
Marche	136
Traitement	144
Traitement palliatif	149
Moyens orthopédiques	150
Traitement curatif	160
Procédés ayant pour but de détruire une partie de la veine	187
Traitement des complications	208
Traitement	223

Corbeil. — Imprimerie CRÉTE-de L'ARBRE.

Bulletin

DES

Annonces.

VARICES

Maladies AIGUES et CHRONIQUES

Vésicatoire et Papier
D'ALBESPEYRES
Exiger la signature

RHUMES Douleurs, **INSOMNIE**

Sirop et Pâte
BERTHÉ
EXIGER LE TIMBRE OFFICIEL
Sirop: 3 *fr. Pâte:* 1.60,

MÉDICATIONS *des* Cavités Naturelles.

OVULES, BOUGIES, CRAYONS
Boîte **CHAUMEL** (5 fr.)
Suppositoires Chaumel
SOUVERAINS contre la CONSTIPATION
Suppositoires Adultes: 3 fr., Enfants: 2 fr.

AFFECTIONS diverses

Capsules Raquin
au COPAHU, au COPAHIVATE de SOUDE, au CUBEBE, au SALOL, au SALOL-SANTAL, à l'ESSENCE de SANTAL, au GOUDRON à la TEREBENTHINE.

Dentition

La dentition des enfants
ne se fait bien qu'avec le
SIROP DELABARRE
3 fr.50 le flacon, *exiger le* TIMBRE DE L'ÉTAT

ASTHME *CATARRHES*

Aucun remède n'est aussi efficace contre l'ASTHME que le
PAPIER ou les **CIGARES**
BARRAL
Bte Papier 5 *fr.; 1/2 Bte Papier ou Bte Cigares* 3 *fr.*

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, faub. St-Denis, PARIS.

CHATEL-GUYON SOURCE Gubler

CONSTIPATION

Obésité, Dyspepsie, Congestions, etc.

Pour Commandes et Renseignements : 5, rue Drouot, PARIS

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE

Affections des voies respiratoires, de la gorge, des reins, de la vessie

VENTE EN GROS : 5, rue Drouot, PARIS

Aux Étudiants et Docteurs

Une Caisse **S^T-LÉGER** *Une Caisse*

GRATIS ***FRANCO***

Sur simple demande adressée à la Cie DE POUGUES

PARIS — 22, Chaussée-d'Antin, 22 — PARIS

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE

CARABAÑA

La seule approuvée par l'Académie de Médecine, exerçant, outre l'effet purgatif, une action curative sur les organes malades.

ROYAT

GOUTTE
RHUMATISME

Affections de l'estomac, des voies respiratoires et de la peau

CASINO — THÉATRE — CERCLE

Commandes et Renseignements : 5, rue Drouot, PARIS

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

ÉLIXIR & PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES

DOSES : *1 Verre à liqueur, ou 2 ou 3 pilules par repas.*

Dans les DYSPEPSIES, L'ANOREXIE, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Liqueur et Pilules LAPRADE

Le plus assimilable des ferrugineux, n'occasionne jamais de troubles gastro-intestinaux.— C'est le fer gynécologique par excellence (Dr Thiébaud).

DOSE : *1 Cuillerée à liqueur ou 2 à 3 pilules à chaque repas.*

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD, le plus puissant reconstituant.

2 à 3 verres à liqueur par jour.

COLLIN & Cie, Pharmaciens, lauréats des hôpitaux, 49, r. de Maubeuge, PARIS

ETABLISSEMENT THERMAL DE **VICHY** Saison du 15 Mai au 30 Septembre.

Sources de l'État

HOPITAL, Maladies de l'Estomac. **CÉLESTINS**, Estomac, Reins, Vessie.

GRANDE-GRILLE, Appareil biliaire.

HAUTERIVE — MESDAMES-PARC

Les personnes qui boivent de l'**EAU DE VICHY** feront bien de se méfier des substitutions auxquelles se livrent certains commerçants, donnant une eau étrangère sous une étiquette à peu près semblable.

La Compagnie Fermière ne garantit que les Eaux portant sur l'étiquette, sur la capsule et sur le bouchon le nom d'une de ses sources, telles que :

Hôpital, Grande-Grille ou Célestins.

Puisées sous le contrôle d'un Agent de l'État

Aussi faut-il avoir soin de toujours désigner la source.

SELS NATURELS EXTRAITS DES SOURCES DE L'ÉTAT

pour préparer artificiellement l'Eau de Vichy,

1 paquet pour 1 litre.

La boîte de 25 paquets, 2 fr. 50. La boîte de 50 paquets, 5 fr.

Pastilles fabriquées avec les Sels extraits des Sources

Boîtes de 1 fr., 2 fr., 5 fr.

La Compagnie Fermière est seule à Vichy à extraire les Sels des Eaux minérales.

F. VIGIER

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS

12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE — PARIS

SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER. — **Tonique, reconstituant, fébrifuge,** renfermant tous les principes de l'écorce. — *Dose :* 1 à 2 cuillerées à café par jour, dans une cuillerée de potage, eau, vin.

Prix du flacon représentant *20 grammes d'extrait :* **3 fr.**

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER, SPÉCIALES CONTRE LA CONSTIPATION. — **Laxatives, n'affaiblissant pas,** même par un usage prolongé, dans le cas de *constipation opiniâtre.* — *Dose :* 1 à 2 pilules au dîner.

PASTILLES VIGIER AU BI-BORATE DE SOUDE PUR. — 10 centigrammes par pastille, contre les *affections* de la *bouche*, de la *gorge* et du *larynx.* — *Dose :* 5 à 10 pastilles par jour.

HYDRATE D'AMYLÈNE VIGIER contre **l'épilepsie** et les **affections nerveuses spasmodiques.** — *Dose :* 2 à 6 cuillerées à bouche par jour. **Administrer cet élixir de préférence dans la soirée.**

CAPSULES D'ICHTHYOL VIGIER à 25 centigrammes. — *Dose :* 4 à 8 par jour, dans les maladies de la peau. — **OVULES D'ICHTHYOL VIGIER,** employés en gynécologie.

EMPLATRES CAOUTCHOUTÉS VIGIER, TRÈS ADHÉSIFS, NON IRRITANTS. — ÉPITHÈMES ANTISEPTIQUES VIGIER. — Remplacent les *Emplâtres, Mousselines-Emplâtres de Unna, Sparadraps, Onguents, Pommades.* — Les principaux sont : Vigo, rouge de Vidal, oxyde de zinc, boriqué, ichthyol, salicylé, huile de foie de morue créosotée ou phéniquée, etc. — Nous recommandons tout spécialement à Messieurs les Chirurgiens notre **Sparadrap caoutchouté simple,** très adhésif, non irritant, aseptique, inaltérable, et les bandes caoutchoutées.

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER, hygiéniques, médicamenteux. — Préparés avec des pâtes neutres, ils complètent le traitement des maladies de la peau.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE par le **CARBONATE DE GAIACOL VIGIER,** en capsules de 10 centigrammes — *Dose :* 2 à 6 capsules par jour.

MANGANI-FER VIGIER contre **l'anémie, la chlorose,** etc. — Le *mangani-fer Vigier* est un *saccharate de manganèse et de fer en dissolution,* d'un goût agréable, *extrêmement assimilable, fortifiant par excellence,* ne *constipe pas,* ne *noircit pas* les *dents.* — *Dose :* 1 cuillerée à soupe au moment des repas.

Pharm^ie L. BRUNEAU, 71 rue Nationale, LILLE

PEPTONE CORNÉLIS

Sèche, soluble, blanche, entièrement assimilable

Titrée à 90 %

Sans odeur et à saveur très agréable

Ce produit, préparé dans le vide, représente exactement **dix fois** son poids de **viande de bœuf** débarrassée de tous ses déchets.

Il est de beaucoup supérieur à tous ses similaires et peut être pris par les estomacs les plus susceptibles.

La **Peptone Cornélis** se donne de préférence dans le bouillon, auquel elle ne communique aucun goût. Elle peut encore parfaitement être prise dans du vin d'Espagne, du champagne, du lait, de l'eau sucrée, etc.

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevetés qui en assurent la conservation.

Prix du flacon (verre compris), 6 fr. 50

Le flacon vide est repris au Dépôt général pour 0 fr. 75.

ENVOI GRATIS ET FRANCO D'ÉCHANTILLONS

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

VIN GIRARD
DE LA CROIX DE GENÈVE

Vin Iodo-tannique Phosphaté

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Le **VIN GIRARD** rigoureusement dosé, contient par verre à madère :

Iode.....	0 gr. 075 milligrammes.
Tannin.....	0 gr. 50 centigrammes.
Lacto phosphate de chaux.	0 gr. 75 centigrammes.

Le VIN GIRARD, *outre les éléments constitutifs de l'huile de foie de morue, renferme les principes de substances toniques et apéritives qui stimulent les fonctions de l'appareil digestif.*

Maladies de poitrine, Engorgements ganglionnaires, Cachexies, Déviations, Rhumatismes, Convalescences, Asthmes, Catarrhes, Bronchites, Affections cardiaques, Accidents tertiaires spécifiques et toutes affections ayant pour cause la faiblesse générale et l'anémie.

DOSE : Trois verres à madère par jour avant ou après le repas.

Le SIROP GIRARD jouit des mêmes propriétés et possède les mêmes éléments

LE FLACON : 4 FRANCS

A. GIRARD, 142, boulev. St-Germain, **PARIS**

GROS. 17, rue de Tournon et 22, rue de Condé, Paris

DRAGÉES DEMAZIÈRE

Cascara Sagrada

Dosées à 0 gr. 125 de Poudre

Véritable Spécifique de la Constipation habituelle.

Iodure de Fer et Cascara

0 gr. 10 d'Iodure — 0 gr. 03 de Cascara

Le plus actif des Ferrugineux, n'entraînant pas de Constipation.

DEPOT GENERAL : Pharmacie **G. DEMAZIÈRE**, 71, avenue de Villiers, **PARIS**

Echantillons franco aux Médecins.

COCAÏNE BRUNEAU

ACONITO-BORATÉE

Le meilleur spécifique de la Gorge et du Larynx

CHAQUE PASTILLE AROMATISÉE A LA VANILLE RENFERME EXACTEMENT :

Chlorhydrate de Cocaïne, 0 gr. 002. — Bi-borate de Soude, 0 gr. 050
Alcoolature de Racines d'Aconit, 1 goutte

Prix : 3 fr. la boîte. — Envoi franco d'Echantillons

Dépôt général : Pharmacie L. BRUNEAU, Lille

TRAITEMENT DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

de la Pleurésie d'origine tuberculeuse et des Bronchites aiguës et chroniques

PAR LE

GAÏACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

ET PAR LE

GAÏACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

EN SOLUTIONS POUR INJECTIONS HYPODERMIQUES

Chaque centimètre cube de cette solution contient exactement *1 centigramme d'iodoforme* et *5 centigrammes de gaïacol absolu*, ou *1 centigramme d'iodoforme, 5 centigrammes de gaïacol* et *5 centigrammes d'eucalyptol.*

EN CAPSULES POUR L'USAGE INTERNE

A prendre à la dose *d'une capsule 5 minutes avant chaque repas*, pendant les trois premiers jours, puis à la dose de *2 et 3 capsules, 5 minutes avant chaque repas*, pendant les jours suivants.

L'idée d'associer le gaïacol à l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de la pleurésie d'origine tuberculeuse et des bronchites aiguës et chroniques appartient à M. le docteur Picot, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Académie de médecine, mars 1891, Congrès de la tuberculose, août 1891).

Dans plusieurs études remarquables, il en a précisé les indications, formulé les doses et signalé les incontestables avantages.

S'inspirant des travaux de M. le docteur Picot, M. Sérafon, pharmacien à Bordeaux, a préparé une solution et des capsules qui, expérimentées dans un grand nombre d'hôpitaux, ont donné les résultats les plus satisfaisants.

BIEN SPÉCIFIER :

SOLUTIONS ET CAPSULES SÉRAFON

PRÉPARATION & VENTE EN GROS

Mons ADRIAN & Cie, 9 et 11, rue de la Perle, PARIS